

Krankenkasse / Versicherungsname		Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben)	
Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Anschrift des Patienten			
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:	
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange Arztinr. / Zahnarztinr.:	Datum:	
Titel		Namenszusatz	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>			
Bei privater Krankenversicherung			
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfestelle:		Beihilfenummer:	

Information an das Klinische Krebsregister:	
<input type="checkbox"/> Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen <input type="checkbox"/> Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile <input type="checkbox"/> Patient hat widersprochen <input type="checkbox"/> Patient verstorben	
Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):	
Meldestelle:	_____
Krankenhaus oder MVZ:	_____
Fachabteilung oder Praxis:	_____
PLZ Ort	_____
Straße Haus-Nr.	_____
Vor- u. Nachname	_____
Lebenslange Arzt-Nr.	_____ Zahnarzt-Nr. _____
Betriebsstätten Nr.	_____ Bei KH IK-Nr. _____
Bankdaten: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum der klinischen Diagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Tumorlokalisation (ICD-O):	C <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.	
Histologie (M-Code):	M <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum Histologie:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Freitext	M <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Histopathologisches Grading:	G <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom	
Präoperative ASA - Klassifikation <input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient	Art des Eingriffes <input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff K-RAS-Mutation <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
Sozialdienstkontakt Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein	Studienrekrutierung Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom	
Präoperative Anzeichnung der Stomaposition <input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt <input type="checkbox"/> kein Stoma	Grad der Anastomosensuffizienz <input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re)Laparotomie)
Abstandsangaben Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	Qualität des TME- Präparats(nach Mercury) <input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt

Abschließende Angaben	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	Melddatum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin </div>