

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 ArztNr. / ZahnarztNr.:	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			
beihilferechtigt: <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=""/>	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=""/>
Tumorklassifikation (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="checkbox"/> trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA - Klassifikation		Art des Eingriffes	
<input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient	<input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung	<input type="checkbox"/> Elektiveingriff	<input type="checkbox"/> Notfalleingriff
<input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung	<input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung	K-RAS-Mutation	
<input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient		<input type="checkbox"/> Wildtyp	<input type="checkbox"/> Mutation
		<input type="checkbox"/> nicht untersucht	
Sozialdienstkontakt		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		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		Grad der Anastomosensuffizienz	
<input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt	<input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A	<input type="checkbox"/> Grad B Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage)
<input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt	<input type="checkbox"/> kein Stoma	<input type="checkbox"/> Grad C ((Re)Laparotomie)	
Abstandsangaben		Qualität des TME- Präparats(nach Mercury)	
Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm	Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm	<input type="checkbox"/> Grad 1 (gut)	<input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat)
<input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben	<input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt	<input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht)	<input type="checkbox"/> PME durchgeführt
Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm	Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	<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=""/>
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin