

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.:	
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 <input type="checkbox"/>		
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 verstorben
Bei Widerspruch nicht diesen, sondern Widerspruchsbogen verwenden.	
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.	

Diagnosemeldebogen

Datum der klinischen Diagnose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Tumordiagnose (ICD-10) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
ICD-10-Version , nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres _____		
Tumorlokalisation (ICD-O): C <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<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.		
ICD-O-Version , nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres _____		
Histologie	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Morphologie (M-Code): M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Morphologie Freitext: _____		
Histopathologisches Grading:		
<input type="checkbox"/> gut differenziert G1	<input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2)	
<input type="checkbox"/> mäßig differenziert G2	<input type="checkbox"/> intermediate (G2 oder G3)	
<input type="checkbox"/> schlecht differenziert G3	<input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4)	
<input type="checkbox"/> undifferenziert G4	<input type="checkbox"/> G0 (mal. Mel. Konjunktiva)	
<input type="checkbox"/> nicht bestimmbar GX	<input type="checkbox"/> Borderline	
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu	
Histologie-Einsendenummer: _____		
Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):		
<input type="checkbox"/> Histologie (Primärtumor)	<input type="checkbox"/> spezifischer Tumormarker	
<input type="checkbox"/> Histologie Metastase	<input type="checkbox"/> klinisch, spezifisch-ohne Histologie	
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> klinisch, nur körperl. Untersuchung	
Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en): Bitte nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist		
Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):		
<input type="checkbox"/> 0 (90-100 %)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60 %)	<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)
<input type="checkbox"/> 1 (70-80 %)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40 %)	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):		

Tumordiagnose (Freitext):																						
Tumorlokalisation (Freitext):																						
Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):																						
Tumorklassifikation	Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____																						
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>T</td> <td></td> <td></td> <td>N</td> <td></td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>a</td> <td>c/u/p</td> <td>T-Klass.</td> <td>(m)</td> <td>c/u/p</td> <td>N-Klass.</td> <td>c/p M-Klass.</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>V</td> <td>Pn</td> <td>S</td> <td colspan="3">UICC-Stadium:</td> </tr> </table>		T			N		M	a	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p M-Klass.	L	V	Pn	S	UICC-Stadium:		
	T			N		M																
a	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p M-Klass.																
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:																		
Ann Arbor: _____																						
Andere Klassifikation: Name: _____ Stadium: _____																						
Fernmetastasen Bitte Datum (tt/mm/jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.																						
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Lunge																					
<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Pleura																					
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="checkbox"/> Peritoneum																					
<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Knochenmark																					
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> andere (OTH)																					
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung																					
Tumorkonferenz (prätherapeutisch):																						
Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																						
Meldedatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																						
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle	Unterschrift Arzt/Ärztin																					

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden.

Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt.

Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung. Der Staatsvertrag verpflichtet uns, Ihre Bankdaten nach jeder Abrechnung zu löschen. Wenn Sie uns die Erlaubnis erteilen, speichern wir Ihre Bankverbindung für zukünftige Meldungen, anderenfalls benötigen wir Ihre Bankdaten bei jeder Meldung erneut.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch und verwenden Sie bitte in Abhängigkeit vom Patientenwohnsitz Berlin oder Brandenburg/anderes Bundesland den hierfür vorgesehenen Meldebogen. Widerspruch kann gegen die Meldung insgesamt oder gegen eine einzelne Meldung erfolgen.

Besonderheiten bei Berliner Meldungen:

Liegt das Diagnosedatum der Primärerkrankung vor dem 01.07.2016, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Meldebogen.

Die Grundlagen für die Datenspeicherung sind das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz sowie der Staatsvertrag.

Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Informationsschrift [<Meldeinformation/FAQs>](#)

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

ICD-GM (ICD-10): Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 16)

ICD-GM (ICD-10): Topographie-Schlüssel:6-stellig: [C,]###.## (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage))

TNM-Präfix:

c	= Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
leer	= Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
p	= Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
u	= Feststellung mit Ultraschall
a	= Klassifikation erfolgte durch Autopsie
r	= Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
y	= Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:

m	= multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
Zahl	= Anzahl der multiplen Tumoren
leer	= keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:

LX	= nicht beurteilbar
L0	= Keine Lymphgefäßinvasion
L1	= Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:

VX	= nicht beurteilbar
V0	= Keine Veneninvasion
V1	= Mikroskopisch
V2	= Makroskopisch

Perineuralinvasion:

PnX	= nicht beurteilbar
Pn0	= Keine perineurale Invasion
Pn1	= Perineurale Invasion

Serumtumormarker: (nur bei Keimzelltumoren)

SX	= Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
S0	= innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3	= Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N	= obere Grenze des Normalwertes

Anmerkung: dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.