

Krankenkasse / Versicherungsname (incl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten geb. am _____ . _____ . _____		
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange Arztnr. / Zahnarznr.:	Datum:
Titel:		Namenszusatz:
Geburtsname:		Frühere Namen:
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek.		
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 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 klin. Erstdiagnose: ____ . ____ . ____													
Tumordiagnose (ICD-10) [][] . []													
ICD-10-Version, <small>nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres</small> _____													
Tumorlokalisation (ICD-O3): C [][] . [][]													
<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"/> unbekannt													
ICD-O-Version <small>nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres</small> _____													
Histologie	Datum: ____ . ____ . ____												
Morphologie (M-Code):	<table border="1"> <tr> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>/</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> nicht bestimmt</td> <td>M</td> <td></td> <td></td> <td>/</td> <td></td> </tr> </table>	M				/		<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M			/	
M				/									
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M			/									
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 o. 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): _____													
Körperlicher Leistungszustand: <small>nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):</small>													
<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: ____ . ____ . ____																								
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____																									
<table border="1"> <tr> <td></td> <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</td> <td>M-Klass.</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>V</td> <td>Pn</td> <td>S</td> <td colspan="4">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 <small>Bitte Datum (tt/mm/jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.</small>																									
<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: ____ . ____ . ____																									
Melddatum: ____ . ____ . ____																									
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-10 GM: Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 2022)

ICD-O3: Topographie-Schlüssel:6-stellig: [C,]###.### (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (2. Revision 19)
Morphologie-Schlüssel: _ _ _ _ / _ (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (2. Revision 19))

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;
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: SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
(nur bei Keimzelltumoren) 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.