

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. /ZahnarztNr.:	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"/> rein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt	
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.	

Diagnosebogen – Meldebogen für rein diagnostisch tätige Ärztinnen / Ärzte

Datum der klin.Erstdiagnose:	_ . _ . _ . _ . _ . _ .
Tumordiagnose (ICD-10)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
ICD-10-Version <small>nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres</small>	_____
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"/> unbekannt	
ICD-O-Version <small>nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres</small>	_____

Morphologie (M-Code):	M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
	M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>

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: _____

Einsender: Name, Anschrift

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Fachrichtung _____

PLZ Ort _____

Strasse, Hausnr. _____

Telefon-Nr. _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker

Histologie Metastase klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Bitte nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation **Datum:** _ . _ . _ . _ . _ .

TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

		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 nur ausfüllen, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase

Leber Lunge

Knochen Pleura

Hirn Peritoneum

Nebenniere Knochenmark

Haut andere (OTH)

Lymphknoten nicht regionär Generalisierte Metastasierung

Meldedatum: _ . _ . _ . _ . _ .

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.

Diagnosesicherung:

Dieser Bogen dient zur Übermittlung des Befundes zur ersten diagnostischen Sicherung einer malignen Erkrankung, bzw. deren Vorstufen (C00-C90 und D00 bis D09, **ausgenommen C44** und D09), des ersten Rezidivs oder der ersten Metastasierung.

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.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch und verwenden Sie bitte in Abhängigkeit vom Patientenwohnsitz Berlin oder Brandenburg oder 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 22)

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

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.