

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 m w sonst./intersexuell unbek.

Bei privater Krankenversicherung:
beihilfeberechtigt: ja nein
Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

Information an das Klinische Krebsregister:

Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
 Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
 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: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor
 Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Erstdiagnosedatum (monatsgenau): ____ / ____

Tumordiagnose (ICD-10) _____
Freitext _____

Tumorlokalisation (ICD-O): **C** _____
 links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt
Freitext _____

Morphologie:

| | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|--|
| M | | | | | / | |
| M | | | | | / | |

Histopathologisches Grading: G ____ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: _____

Tumorklassifikation Datum: ____ . ____ . ____

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

| T | | N | | M | | |
|-----|-------|-----|-------|----------------------|-----|----------|
| y/r | c/u/p | (m) | c/u/p | N-Klass. | c/p | M-Klass. |
| L | V | Pn | S | UICC-Stadium: | | |

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:
Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

| | |
|--------------------------------------|---|
| <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 | <input type="checkbox"/> Generalisierte |
| nicht regionär | Metastasierung |

Tumorkonferenz: Datum: ____ . ____ . ____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

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):

Intention: kurativ palliativ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie:
 ohne Bezug zu einer operativen Therapie
 adjuvant neoadjuvant intraoperativ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Immun- und Antikörpertherapie |
| <input type="checkbox"/> Hormontherapie | <input type="checkbox"/> Zielgerichtete Substanzen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Knochenmarktransplantation |
| <input type="checkbox"/> Active Surveillance | <input type="checkbox"/> Wait and see |

Protokollbezeichnung _____ **von** _____ **bis** _____

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) _____ für abweichende Zeiten: _____

Nebenwirkungen: keine oder nur bis Grad 2

| Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher | Auflage: _____ | Grad |
|--|----------------|------|
| | | |
| | | |
| | | |

Grund für Ende der Therapie:

reguläres Ende reguläres Ende mit Dosisreduktion
 Abbruch wg. Nebenwirkungen Abbruch wegen Progress
 sonstige Gründe Patient verweigert weitere Therapie

Tumorstatus posttherapeutisch (ggf. Verlaufsmeldung):

Gesamtbeurteilung: _____ Lymphknoten (regionär): _____

Primärtumor: _____ Fernmetastasen: _____

Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): **R** _____

Datum: ____ . ____ . ____

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. Um bei Mehrfachtumoren den Tumorbezug herstellen zu können muss jedoch jeweils das Diagnosedatum (mind. monatsgenau), die Diagnose (Text/ICD10), die Lokalisation und die Histologie erneut angegeben werden.

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.

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, Auflage 19)
Morphologie-Schlüssel ___/_/___ (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (2. Revision, Auflage 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 |
| S0 | = innerhalb der normalen Grenzen S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht |
| N | = obere Grenze des Normalwertes |

Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2
3 = stark/ausgeprägt
4 = lebensbedrohlich
5 = tödlich
U = unbekannt

Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva
1 = gut differenziert
2 = mäßig differenziert
3 = schlecht differenziert
4 = undifferenziert
X = nicht bestimmbar
L = low grade (G1 oder G2)
M = intermediate (G2 oder G3)
H = high grade (G3 oder G4)
B = Borderline
U = unbekannt
T = trifft nicht zu

Bei der Klassifikation sind die einschlägigen Regeln der Literatur (TNM) zu beachten.

Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor
R1 = Mikroskopischer Residualtumor
R2 = Makroskopischer Residualtumor
R1 (is) = In-Situ-Rest
R1(cy+) = Cytologischer Rest
RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Therapiebeurteilungen:

Gesamtbeurteilung:

V = Vollremission (complete remission, CR)
T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)
K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease
P = Progression
D = Divergentes Geschehen
B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)
R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)
U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor:

K = Kein Tumor nachweisbar
T = Tumorreste (Residualtumor)
P = Tumorreste Residualtumor Progress
N = Tumorreste Residualtumor No Change
R = Lokalrezidiv
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten:

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen
P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress
N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen:

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar
M = Verbliebene Fernmetastase(n)
R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv
T = Fernmetastasen Residuen
P = Fernmetastasen Progress
N = Fernmetastasen No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt
X = Fehlende Angabe