

<b>Krankenkasse / Versicherungsnummer</b> (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: _____

<b>Information an das Klinische Krebsregister:</b>	
<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	
<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b> (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. _____
<b>Bankdaten:</b> <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder <b>geändert</b> , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

## Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

<b>Tumordiagnose (ICD-10)</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	<b>Datum der klinischen Erstdiagnose:</b> __ . __ . ____
<b>Tumorlokalisation (ICD-O):</b> <b>C</b> <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
<b>Histologie (M-Code):</b> <b>M</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Datum Histologie:</b> __ . __ . ____
Freitext: _____	<b>Histopathologisches Grading:</b> G__ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

<b>Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom</b>	
<b>Präoperative ASA-Klassifikation</b> <input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient	<b>Art des Eingriffes</b> <input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff <b>K-RAS-Mutation</b> <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
<b>Sozialdienstkontakt</b> Datum: __ . __ . ____ <input type="checkbox"/> nein	<b>Studienrekrutierung</b> Datum: __ . __ . ____ <input type="checkbox"/> nein

<b>Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom</b>	
<b>Präoperative Anzeichnung der Stomaposition</b> <input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt <input type="checkbox"/> kein Stoma	<b>Grad der Anastomoseninsuffizienz</b> <input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re-)Laparotomie)
<b>Abstandsangaben</b> Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	<b>Qualität des TME-Präparats (nach Mercury)</b> <input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt

<b>Abschließende Angaben</b>	
<b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	<b>Melddatum:</b> __ . __ . ____
	<b>Arztstempel oder Stempel der Meldestelle</b> <span style="float: right;"><b>Unterschrift Arzt/Ärztin</b></span>