

Krankenkasse / Versicherungsnummer (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"/> 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	
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.	

Organspezifische Zusatzdokumentation: Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>	Datum der klin. Erstdiagnose: __ . __ . ____
Tumorlokalisierung (ICD-O):	C <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
Histologie (M-Code):	M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	Datum Histologie (dd.mm.yyyy): __ . __ . ____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Morphologie Freitext: _____		
Gleason-Score: __+__=__ Anlass der Score-Bestimmung: <input type="checkbox"/> Stanze <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> unbekannt		

Stanzbiopsie	Datum der Stanzbiopsie (dd.mm.yyyy): __ . __ . ____
<input type="checkbox"/> Anzahl der Stenzen (natürliche Zahl): _____	<input type="checkbox"/> Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): _____
<input type="checkbox"/> Anzahl der positiven Stenzen (natürliche Zahl): _____	(Prozentsatz an der am schwersten befallenen Stanze)
PSA-Wert: _____ ng/ml (Fließkommazahl) <input type="checkbox"/> unbekannt	Datum der PSA-Bestimmung (dd.mm.yyyy): __ . __ . ____
<input type="checkbox"/> bei Diagnose <input type="checkbox"/> im Verlauf	

Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate <u>nach radikaler Prostatektomie</u>:	
<input type="checkbox"/> ja (Komplikationen <u>Grad III oder IV</u> nach Clavien-Dindo-Klassifikation)	
<input type="checkbox"/> keine oder <u>höchstens Grad II</u>	
<input type="checkbox"/> unbekannt	bezogen auf OP-Datum : __ . __ . ____

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	Melddatum: __ . __ . ____
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin