

Krankenkasse / Versicherungsname		Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben)	
Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Anschrift des Patienten			
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:	
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange Arztinr. / Zahnarztinr.:	Datum:	
Titel		Namenszusatz	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>			
Bei privater Krankenversicherung			
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfestelle:		Beihilfenummer:	

Information an das Klinische Krebsregister:

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

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10)	<input type="text"/>	Datum der klinischen Erstdiagnose:	<input type="text"/>
Tumorklassifikation (ICD-O):	C <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"/> unbek.	
Histologie (M-Code):	M <input type="text"/> / <input type="text"/>	Datum Histologie:	<input type="text"/>
Freitext	M <input type="text"/> / <input type="text"/>	Histopathologisches Grading:	G <input type="text"/> <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA - Klassifikation	Art des Eingriffes
<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	<input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff
Sozialdienstkontakt	K-RAS-Mutation
Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
Studienrekrutierung	
Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein	

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition	Grad der Anastomosensuffizienz
<input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt <input type="checkbox"/> kein Stoma	<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)
Abstandsangaben	Qualität des TME- Präparats(nach Mercury)
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	<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

Abschließende Angaben

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	Melddatum: <input type="text"/>
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle _____ Unterschrift Arzt/Ärztin _____