

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 ArztNr. /ZahnarztNr.	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:	
<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" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum der klinischen Diagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Tumorklassifikation (ICD-O):	C <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	(dd.mm.yyyy)	

Histologie (M-Code):	<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum Histologie:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
		M <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	(dd.mm.yyyy)	

Morphologie Freitext: _____

Gleason-Score: ___ + ___ = ___ **Anlass der Score-Bestimmung:** Stanze OP unbekannt

Stanzbiopsie	Datum der Stanzbiopsie:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<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:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
<input type="checkbox"/> bei Diagnose <input type="checkbox"/> im Verlauf	(dd.mm.yyyy)	

Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie:

ja (Komplikationen Grad III oder IV nach Clavien-Dindo-Klassifikation)

keine oder höchstens Grad II

unbekannt

bezogen auf **OP-Datum:**

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