

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 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: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Therapiemeldung – Operation

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:							
Erstdiagnosedatum (monatsgenau): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Monat Jahr</small>							
Tumordiagnose (ICD-10) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Freitext _____							
Tumorlokalisation (ICD-O): <input type="text"/> C <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> unbek.							
Freitext _____							
Datum der OP-Histologie: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
Morphologie(MCode): M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>							
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt M <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>							
Morphologie Freitext: _____							
Histopathologisches Grading: G <input type="text"/> <input type="checkbox"/> trifft nicht zu							
Histologie- Einsendenummer: _____							
Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):							
<input type="checkbox"/> Histologie (Primärtumor)	<input type="checkbox"/> spezifischer Tumormarker						
<input type="checkbox"/> Histologie Metastase	<input type="checkbox"/> klinisch, spezifisch-ohne Histologie						
<input type="checkbox"/> Zytologie	<input type="checkbox"/> klinisch, nur körperl. Untersuchung						
Postoperative Tumorklassifikation Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____							
y/r	c/u/p	T	(m)	c/u/p	N	c/p	M
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			
Ann Arbor _____							
Andere Klassifikation:							
Name: _____				Stadium: _____			
Fernmetastasen							
<input type="checkbox"/> Leber	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hirn	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Peritoneum	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Knochenmark	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Haut	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> andere (OTH)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung	<input type="text"/>

OP-Intention (I)			
① kurativ ② palliativ ③ diagnostisch ④ Revision/Komplikation			
I	Datum	Bezeichnung	OPS
Komplikationen: <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte angeben welcher			
Freitext oder Schlüssel (Schlüssel s. Rückseite)			Schlüssel
Untersuchte / befallene Lymphknoten _____ / _____			
Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten _____ / _____			
Residualstatus (R-Status):			
Lokaler R-Status <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R1 (is) <input type="checkbox"/> R1 (cy+) <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> RX			
OP-Präparat: <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R1 (is) <input type="checkbox"/> R1 (cy+) <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> RX			
Gesamt-R bei Abschluss: <input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R1 (is) <input type="checkbox"/> R1 (cy+) <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> RX			
Therapiebeurteilung (Ausprägungen s. Rückseite)			
Gesamtbeurteilung: _____		Lymphknoten (regionär): _____	
Primärtumor: _____		Fernmetastasen: _____	
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 %)		
Tumorkonferenz Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Typ: <input type="checkbox"/> prätherapeutisch <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/> posttherapeutisch			
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):			
Melddatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
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 Kontaktdaten 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

OP-Komplikationen:

ABD Abszess in einem Drainagekanal	HZI Herzinsuffizienz	OSM Osteitis, Osteomyelitis
ABS Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	HRS Herzrhythmusstörungen	PAF Pankreasfistel
ASF Abszess, subfaszialer	HNA Hirnnervenausfälle	PIT Pankreatitis
ANI Akute Niereninsuffizienz	HOP Hirnorganisches Psychosyndrom	PAB Perianale Blutung
AEP Alkoholentzugspsychose	HYB Hyperbilirubinämie	PPA Periphere Parese
ALR Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	HYF Hypopharynx fistel	PAV Peripherer arterieller Verschluss
ANS Anaphylaktischer Schock	IFV Ileoemorale Venenthrombose	PER Peritonitis
AEE Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	KAS Kardiogener Schock	PLB Platzbauch
API Apoplektischer Insult	KES Komplikationen einer Stomaanlage	PEY Pleuraempyem
BIF Biliäre Fistel	KIM Komplikation eines Implantates	PLE Pleuraerguss
BOG Blutung, obere gastrointestinale	KRA Krampfanfall	PMN Pneumonie
BOE Bolusverlegung eines Endotubus	KDS Kurzdarmsyndrom	PNT Pneumothorax
BSI Bronchusstumpfsuffizienz	LEV Leberversagen	PDA Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
CHI Cholangitis	LOE Lungenödem	PAE Pulmonalarterienembolie
DAI Darmanastomoseninsuffizienz	LYF Lymphfistel	RPA Rekurrensparese
DPS Darmpassagestörungen	LYE Lymphozele	RIN Respiratorische Insuffizienz
DIC Disseminierte intravasale Koagulopathie	MES Magenentleerungsstörung	SKI Septische Komplikation eines Implantates
DEP Drogenentzugspsychose	MIL Mechanischer Ileus	SES Septischer Schock
DLU Druck- und Lagerungsschäden,	MED Mediastinitis	SFH Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
DSI Duodenalstumpfsuffizienz	MAT Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	STK Stomakomplikation
ENF Enterale Fistel	MYI Myokardinfarkt	TZP Thrombozytopenie
GER Gerinnungsstörung	RNB Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
HEM Hämatemesis	NAB Nachblutung, nicht revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TRZ Transfusionszwischenfall
HUR Hämaturie	NIN Nahtinsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt	WUH Wundhämatom (konservativ therapiert)
HAE Hämorrhagischer Schock	OES Ösophagitis	WSS Wundheilungsstörung, subkutane
HFI Harnfistel		
HNK Hautnekrose im Operationsbereich		

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

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