

Es dürfen **keine Versicherungsdaten** übermittelt werden.
Kein automatisierter Ausdruck über die Chipkarte

Name, Vorname des Patienten geb. am

Anschrift des Patienten

Titel Namenszusatz

Geburtsname Frühere Namen

Geschlecht: männlich weiblich sonst./intersexuell unbek.

Ggf. letzte frühere Wohnung:

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle _____

Krankenhaus oder MVZ _____

Fachabteilung oder Praxis _____

Fachgebiet _____

PLZ Ort _____

Straße Haus-Nr. _____

Vor- u. Nachname _____

Telefon/Fax _____

E-Mail _____

Lebenslange Arzt-Nr. _____ Zahnarzt-Nr. _____

Betriebsstätten Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

Kontoinhaber (falls abweichend) _____

Bankname _____

IBAN/BIC

| | | | | |

|

Der Patient hat widersprochen

der einzelnen Meldung

der Speicherung medizinischer Daten im klinischen Krebsregister

Widerspruchsmeldung – Patientenwohnsitz in Berlin

Daten zur Weiterleitung an das epidemiologische Krebsregister

Diagnosedatum:

Tumordiagnose (ICD-10)

Tumorlokalisation (ICD-O) C

Seitenangabe bei paarigen Organen:

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbek.

Morphologie (M-Code): M /

nicht bestimmt M /

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading:

<input type="checkbox"/> gut differenziert G1	<input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2)
<input type="checkbox"/> mäßig differenziert G2	<input type="checkbox"/> intermediate (G2 oder G3)
<input type="checkbox"/> schlecht differenziert G3	<input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4)
<input type="checkbox"/> undifferenziert G4	<input type="checkbox"/> G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
<input type="checkbox"/> nicht bestimmbar GX	<input type="checkbox"/> Borderline
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu

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

Früheres Tumorleiden:

Tumorklassifikation

TNM (7. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

		T				N		M	
a	c/u/p		(m)	c/u/p			c/p		
L		V		Pn		S		UICC-Stadium:	

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:

Name: _____

Stadium: _____

Art der Therapie:

<input type="checkbox"/> kurativ	<input type="checkbox"/> palliativ
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Chemotherapie
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie
<input type="checkbox"/> Immuntherapie	<input type="checkbox"/> keine

Sterbedatum:

Todesursache (Grundleiden): **ICD-10**

Melddatum

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 sollte nicht per Fax verschickt werden und darf keinesfalls per E-Mail versendet werden.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten 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.

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.

Rein diagnostisch tätige Ärzte/Ärztinnen ohne unmittelbaren Patientenkontakt:

Als rein diagnostisch tätige/r Arzt/Ärztin ohne unmittelbaren Patientenkontakt haben Sie nicht die Pflicht den Patient über die Meldung zu informieren. Sie sind jedoch verpflichtet, den die Untersuchung veranlassenden Arzt zu melden. Aus diesen Gründen gibt es für Sie einen separaten, kürzeren Meldebogen.

Besonderheiten bei Berliner Meldungen:

Liegt das Diagnosedatum der Primärerkrankung vor dem 01.07.2016, verwenden Sie bitte den hierfür vorgesehenen Meldebogen.

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

ICD-GM (ICD-10): Schlüssel: 5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 16)

ICD-GM (ICD-10): Topographie-Schlüssel: 6-stellig: [C.]##.## (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage))

TNM-Präfix:

c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
u = Feststellung mit Ultraschall
a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:

m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren
leer = keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:

LX = nicht beurteilbar
L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
L1 = Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:

VX = nicht beurteilbar
V0 = Keine Veneninvasion
V1 = Mikroskopisch
V2 = Makroskopisch

Perineuralinvasion:

PnX = nicht beurteilbar
Pn0 = Keine perineurale Invasion
Pn1 = Perineurale Invasion

Serumtumormarker:

(nur bei Keimzelltumoren)

SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
S0 = innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N = obere Grenze des Normalwertes