

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:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Information an das Klinische Krebsregister:**

- der einzelnen Meldung
- der Speicherung medizinischer Daten im klinischen Krebsregister
- der epidemiologischen Krebsregistrierung (nur für Brandenburger Pat.)

**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. \_\_\_\_\_

**Widerspruchsmeldung – Patientenwohnsitz in Brandenburg  
oder einem anderen Bundesland (ausgenommen Berlin)**

Meldedatum   
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Arztstempel oder  
Stempel der Meldestelle

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt/Ärztin