

**Krankenkasse / Versicherungsname** (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

**Name, Vorname, Anschrift des Patienten**

\_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kassen-Nr.	Versicherten-/ Vertrags-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Lebenslange Arzt-/Zahnarzt-Nr.	Datum
Titel		Namenszusatz
Geburtsname		Frühere Namen

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers  unbekannt

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

Krankenhaus oder MVZ \_\_\_\_\_

Fachabteilung oder Praxis \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

Vor- u. Nachname \_\_\_\_\_

Lebenslange Arzt-Nr. \_\_\_\_\_ Zahnarzt-Nr. \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_ Bei KH IK-Nr. \_\_\_\_\_

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt:  ja  nein

**Beihilfestelle:** \_\_\_\_\_ **Beihilfenummer:** \_\_\_\_\_

-----  
Meldedatum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Signatur \_\_\_\_\_

## Diagnosemeldebogen für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte

**Datum der klinischen Erstdiagnose:** -----

Datumsgenauigkeit: (Exakt), geschätzt: **Tag, M, J, Vollständig**

**Tumordiagnose (ICD-10 GM):** [ ][ ][ ][ ] . [ ]

**ICD-10-Version:** \_\_\_\_\_  
(nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres)

**Tumorklassifikation (ICD-O3):** [C][ ][ ][ ] . [ ][ ]

links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt

**ICD-O-Version:** \_\_\_\_\_  
(nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres)

**Histologie Datum:** ----- Datumsgenauigkeit:

Histologie-Einsendenummer: \_\_\_\_\_

<b>Morphologie (ICD-O3 2. Rev. bzw. aktuelle Bluebookversion)</b>	<b>M</b> _____ / _____
	<b>M</b> _____ / _____

**Histopathologisches Grading:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) \_\_\_\_\_

**Höchste erreichte Diagnosesicherung:** (nur 1 Feld wählen)

Histologie (Primärtumor)  spezifischer Tumormarker

Histologie Metastase  klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie  klinisch, nur körperl. Untersuchung

**Relevante Genet. Variante(n) und Prädiktive Biomarker:**

Name	Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**Allgemeiner Leistungszustand:** (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%)  2 (50-60%)  4 (10-20%)

1 (70-80%)  3 (30-40%)

**Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en) ICD-10 und Erkrankungsjahr:**

\_\_\_\_\_

**Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja“ inkl. Datum**

	Ja	Datum	Nein	unbek.
Studienteilnahme	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologische Beratung	<input type="checkbox"/>	-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Tumordiagnose (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Tumorklassifikation (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Tumorklassifikation Datum:** -----

**TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:** \_\_\_\_\_

		<b>T</b>			<b>N</b>		<b>M</b>
a	c/p/r	T-Klass.	(m)	c/p/r	N-Klass.	c/p	M-Klass.
<b>L</b>	<b>V</b>	<b>Pn</b>	<b>S</b>	<b>UICC-Stadium:</b>			

**Weitere Klassifikation/en**

Datum: ----- Datumsgenauigkeit:

Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Fernmetastasen**

Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

<input type="checkbox"/> Leber	-----	<input type="checkbox"/> Lunge	-----
<input type="checkbox"/> Knochen	-----	<input type="checkbox"/> Pleura	-----
<input type="checkbox"/> Hirn	-----	<input type="checkbox"/> Peritoneum	-----
<input type="checkbox"/> Nebenniere	-----	<input type="checkbox"/> Knochenmark	-----
<input type="checkbox"/> Haut	-----	<input type="checkbox"/> andere (OTH)	-----
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	-----	<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung	-----

**Für DKG-zertifizierte Zentren:**  Zentrumsfall/Primärfall

Zentrumsfall/kein Primärfall  kein Zentrumsfall

**prätherapeutische Tumorkonferenz**

Datum: -----

**Empfehlung:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> CIZ	<input type="checkbox"/> AS
<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> ZS	<input type="checkbox"/> IZ	<input type="checkbox"/> WS
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> SZ	<input type="checkbox"/> WW
<input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> CZ	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> KW

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

**Anmerkungen:** (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

\_\_\_\_\_