

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 Ärztinnen und Ärzte ohne Patientenkontakt

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)

Tumorlokalisation (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: _____

Einsender:
Name, Vorname _____
Einrichtung _____
Fachabteilung _____
PLZ Ort _____
Straße, Hausnummer _____
Telefonnr. _____

Morphologie (ICD-O3 2. Rev. bzw. aktuelle Bluebookversion) M ____ / ____
M ____ / ____

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Relevante Genet. Variante(n): Name/Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation)

Prädiktive Biomarker: Name/Ausprägung

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

Tumordiagnose (Freitext)

Tumorlokalisation (Freitext)

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)*

Tumorklassifikation Datum: -----

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

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

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 -----

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