

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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

Todesmeldung

TUMORZUORDNUNG		
Erstdiagnosedatum: (monatsgenau) _____		
Tumordiagnose (ICD-10 GM): [][][][] . []		
Freitext: _____		
Tumorlokalisation (ICD-O3): [C][][][] . [][][]		
<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"/> unbekannt
Freitext: _____		
Morphologie (M-Code): [M][][][][] / [][][]		
Weitere bekannte Tumordiagnosen:		

Für DKG-zertifizierte Zentren:		
<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall	<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall	<input type="checkbox"/> kein Zentrumsfall

Todesmeldung:	
Sterbedatum: _____	
Todesursache (Grundleiden): [][][][] . [] (ICD-10 GM)	
Freitext: _____	
Tod tumorbedingt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Anmerkungen: (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind) 	_____ Meldedatum Unterschrift/Signatur
--	--