

<b>Krankenkasse / Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		
_____ 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		

<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b> (ggf. Stempel, falls ausreichend):	
Meldestelle	_____
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	
<b>Beihilfestelle:</b> _____	<b>Beihilfenummer:</b> _____

## Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

<b>Tumorzuordnung</b>			
<b>Tumordiagnose (ICD-10 GM):</b>	_____ . _____	<b>Datum der klinischen Erstdiagnose:</b>	_____
<b>Tumorlokalisation (ICD-O3):</b>	C _____ . _____		
<b>Histologie (M-Code):</b>	M _____ / _____	<b>Grading:</b> _____	<b>Datum:</b> _____

### OP-Meldung

<b>Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom</b>		
<b>Präoperative ASA-Klassifikation</b>	<b>Art des Eingriffes</b>	<b>K-RAS-Mutation</b>
<input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient	<input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff	<input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht

<b>Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom</b>	
<b>Präoperative Anzeichnung der Stomaposition</b>	<b>Grad der Anastomoseninsuffizienz</b>
<input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt <input type="checkbox"/> kein Stoma	<input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re-)Laparotomie)
<b>Abstandsangaben</b>	<b>Qualität des TME-Präparats</b> (nach Mercury)
Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm	<input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt
Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt	
Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	

### Weitere Meldeanlässe (sofern bestimmt)

<b>K-RAS-Mutation:</b> <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
---

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