

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

Therapiemeldung - Operation

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____ . _____

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C _____ . _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

OP-Datum: _____

Intention: diagnostisch kurativ Nachresektion
 Revision palliativ

OPS endständig	Bezeichnung
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Datum der OP-Histologie: _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

nicht bestimmt

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

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

Residualstatus (R-Status): (Ausprägungen siehe Ausfüllhinweise)

Lokaler R-Status
OP-Präparat: R0 R1 R1(cy+) R2 RX

Gesamt-R
bei Abschluss: R0 R1 R1(cy+) R2 RX

Komplikationen: unbekannt nein ja, bitte angeben welche

Freitext oder Schlüssel (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____ **Schlüssel** _____

AKTUELLE POSTOP. TUMORKLASSIFIKATION Datum: _____

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

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

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

Tumorkonferenz Datum: _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Empfehlung:

Operation Immun-/Antikörpertherapie
 Strahlentherapie Zielgerichtete Substanz(en)
 Chemotherapie Chemo- & Immuntherapie
 Hormontherapie Chemo & Zielgerichtete Substanz(en)
 Active Surveillance Chemo-& Immunth. & Zielgerichtete Substanz(en)
 Wait and See Immun-/Antikörperth. & Zielgerichtete Substanz(en)
 Watchful Waiting Stammzelltransplantation
 Keine weitere Therapie Sonstiges

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

Untersuchte / befallene Lymphknoten _____ / _____

Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten _____ / _____

Weitere Klassifikation/en

Datum: _____ Name: _____ Stadium: _____

Datum: _____ Name: _____ Stadium: _____

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"/>

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

Fernmetastasen (prä- und intraoperative)

Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum 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	_____