

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 - systemische oder abwartende Therapie

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____ . _____

Freitext: _____

Tumorklassifikation (ICD-O3): **C** _____ . _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Morphologie (M-Code): **M** _____ / _____

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

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
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:		

Weitere Klassifikation/en

Datum: _____ Name: _____ Stadium: _____

Datum: _____ Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (prä- und intraoperative)

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 kein Zentrumsfall

Zentrumsfall/kein Primärfall kein Zentrumsfall

Tumorkonferenz **Datum:** _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

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

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

Intention: kurativ palliativ Sonstiges keine Angabe

Stellung zu operativer Therapie:

ohne Bezug zu einer operativen Therapie

adjuvant neoadjuvant intraoperativ Sonstiges

Art der Therapie (passende Einzeltherapie oder Kombination wählen; keine Mehrfachauswahl)

<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie
<input type="checkbox"/> Chemo- & Immuntherapie	<input type="checkbox"/> Stammzelltransplant
<input type="checkbox"/> Chemotherapie & Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Active Surveillance
<input type="checkbox"/> Chemo- & Immunth. & Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Wait and See
<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörpertherapie	<input type="checkbox"/> Watchful Waiting
<input type="checkbox"/> Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörperth. & Zielgerichtete Substanz(en)	

Protokollbezeichnung	von	bis
_____	-----	-----
Substanzen (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen)	für abweichende Zeiten	
_____	-----	-----
_____	-----	-----
_____	-----	-----

Nebenwirkungen: keine Grad 1 Grad 2 unbekannt

ab Grad 3 Art + Grad der NW nach CTCAE Aufl. > 4.0	Grad
_____	_____
_____	_____

Grund für Ende der Therapie:

<input type="checkbox"/> reguläres Ende	<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress
<input type="checkbox"/> reguläres Ende mit Dosisreduktion	<input type="checkbox"/> verstorben
<input type="checkbox"/> reguläres Ende mit Substanzwechsel	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe
<input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie	

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"/>

Tumorstatus posttherapeutisch (bitte Verlaufsmeldung verwenden)

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