

**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: \_\_\_\_\_

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

**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)

\_\_\_\_\_