

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 _____

Verlaufsmeldung

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____ . _____
 Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C _____ . _____
 links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt
 Freitext: _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

Block nur ausfüllen, falls Angaben neu erhoben wurden

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

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Aktuelle 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:		

Datum der Untersuchung: _____

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Vollremission klinische Besserung
 Teilremission Progression
 Rezidiv (nach vorheriger Tumorfreiheit) divergentes Geschehen
 keine Änderung fehlende Angabe
 Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten

Weitere Klassifikation/en Datum: _____
 Name: _____ Stadium: _____

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

Detailbeurteilung des Tumorstatus:
 Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezidiv nach Tumor-/MET-Freiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen (o. n. Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - keine Änderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - Progress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraglicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allgemeiner Leistungszustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%) 2 (50-60%) 4 (10-20%)
 1 (70-80%) 3 (30-40%)

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

PSA-Anstieg (falls Zuordnung im PSMA-PET/CT bitte Detailbeurteilung ausfüllen)
 PSA-Wert: _____ ng/ml Beurteilung: _____

Tumorkonferenz Datum: _____
Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

OP HO CI IZ AS KW
 ST IM CZ SZ WS
 CH ZS CIZ S WW

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

Fernmetastasen
 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	-----

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)
