

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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (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	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Prostatakarzinom

Diagnosemeldung	
Gleason-Score anhand der Stanz-/ Fusionsbiopsie: ____ + ____ = ____	Datum der Stanzbiopsie: _____
Stanzbiopsie: <input type="checkbox"/> Anzahl der Stenzen (natürliche Zahl): ____	<input type="checkbox"/> Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): ____
<input type="checkbox"/> Anzahl der positiven Stenzen (natürliche Zahl): ____	(Prozentsatz an der am schwersten befallenen Stanze)
PSA-Wert: ____ ng/ml (Fließkommazahl) <input type="checkbox"/> unbekannt	Datum der PSA-Bestimmung: _____

OP-Meldung	
Gleason-Score anhand des OP-Präparats: ____ + ____ = ____	Datum der Tumoroperation: _____
Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie:	
<input type="checkbox"/> ja (Komplikationen Grad III oder IV nach Clavien-Dindo-Klassifikation)	
<input type="checkbox"/> keine oder höchstens Grad II	
<input type="checkbox"/> unbekannt	

Verlaufsmeldung bei Änderung des Tumorstatus (siehe Positionspapier)	
Gleason-Score anhand der Stanz-/ Fusionsbiopsie: ____ + ____ = ____	Datum der Stanzbiopsie: _____
Stanzbiopsie: <input type="checkbox"/> Anzahl der Stenzen (natürliche Zahl): ____	<input type="checkbox"/> Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): ____
PSA-Wert: ____ ng/ml (Fließkommazahl) <input type="checkbox"/> unbekannt	Datum der PSA-Bestimmung: _____

Unauffällige Nachsorge (stanzbiopsische Angaben nur bei Active Surveillance)	
Gleason-Score anhand der Stanz-/ Fusionsbiopsie: ____ + ____ = ____	Datum der Stanzbiopsie: _____
Stanzbiopsie: <input type="checkbox"/> Anzahl der Stenzen (natürliche Zahl): ____	<input type="checkbox"/> Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): ____
PSA-Wert: ____ ng/ml (Fließkommazahl) <input type="checkbox"/> unbekannt	Datum der PSA-Bestimmung: _____

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