

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 _____

Diagnosemeldebogen für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte

Datum der klinischen Erstdiagnose: -----

Datumsgenauigkeit: Tag Monat Jahr vollst. geschätzt

Tumordiagnose (ICD-10 GM): [] [] [] [] . []

ICD-10-Version: _____
(nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres)

Tumorklassifikation (ICD-O3): [C] [] [] [] . [] []

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

ICD-O-Version: _____
(nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres)

Histologie Datum: -----

Datumsgenauigkeit: Tag Monat Jahr vollst. geschätzt

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (ICD-O3 2. Rev. bzw. aktuelle Bluebookversion)	M _____ / _____
	M _____ / _____

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Höchste erreichte Diagnosesicherung: (nur 1 Feld wählen)

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker

Histologie Metastase klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Relevante Genet. Variante(n) und Prädiktive Biomarker:

Name	Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Allgemeiner Leistungszustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%) 2 (50-60%) 4 (10-20%)

1 (70-80%) 3 (30-40%)

Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en) ICD-10 und Erkrankungsjahr:

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"/>

Tumordiagnose (Freitext)

Tumorklassifikation (Freitext)

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)

Tumorklassifikation Datum: -----

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

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

Weitere Klassifikation/en

Datum: -----

Datumsgenauigkeit: Tag Monat Jahr vollst. geschätzt

Name: _____ Stadium: _____

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	-----

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

Prätherapeutische Tumorkonferenz

Datum: -----

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

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

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

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