Krankenkasse / Versich	erungsname ((inkl. Vertrags-Nr. bei Pr	ivatversicherung)							kreb	epidemiologische Sregiste	
Name, Vorname, Ansch	rift des Patie	nten		l		.				Brandenbu		
geb. am					Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):							
					Krankenhaus oder MVZ							
				!		oder Praxis	-					
Kassen-Nr.	Versicherten-	/ Vertrags-Nr.	Status	PLZ, O	t							
				Straße,	Hausni	r.						
			Vor- u. Nachname									
Titel Namenszusatz		''	Lebens	lange A	Arzt-Nr.			Zahna	arzt-Nr			
Numeria Ludius				Betriebsstätten-Nr Bei KH IK-Nr						r		
Geburtsname Frühere Namen					Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ja nein Beihilfestelle: Beihilfenummer:							
Geschlecht:					 Meldedatum Unterschrift/Signatur							
Diag	noseme	ldebogen	für Ärztinne	n und	l Ärz	te ohn	e Pa	tiente	enkonta	kt		
Datum der klinischen E	Tumordiagnose (Freitext)											
Datumsgenauigkeit: Tag Monat Jahr vollst. geschätzt Tumordiagnose (ICD-10 GM):					Tumorlokalisation (Freitext)							
ICD-10-Version: (nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres)					Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)*							
Tumorlokalisation (ICD)-O3) :	<i>c</i> .										
☐ links ☐ rechts ☐ be	eidseits 🔲 Mitt	tellinie 🔲 trifft nich	nt zu 🔲 unbekannt									
ICD-O-Version: (nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres)												
Histologie Datum:	··											
Datumsgenauigkeit:												
Histologie-Einsendenum												
Einsender:												
Name, Vorname					Tumanldasifilatian Det							
Einrichtung					Tumorklassifikation Datum:							
Fachabteilung					TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:							
PLZ Ort Straße, Hausnummer					T			N		М		
Telefonnr.				a .	c/p/r	T-Klass.	(m)	c/p/r	N-Klass.	c/p	M-Klass.	
M				╟┖		V	Pn	S	UICC-Stadi	um:		
Morphologie (ICD-O3 2 aktuelle Bluebookversi		M	_/_ _/_	Weitere Klassifikation/en Datum:								
Histopathologisches G						igkeit: 🔲 T	_	Monat	☐ Jahr Stadium	_	ollst. geschätzt –	
Relevante Genet. Variante(n): Name/Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation) Fernmetastasen Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum ab									datum abweichen			
	∏ Lek	er		·		Lunge						
				☐ Knochen ☐ Pleura ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐								
				Hirn Peritoneum								
				11 =	bennier	e			Knochenmar			
			_	∐ ☐ Ha			·		andere (OTH			
Prädiktive Biomarker: Name/Ausprägung					Lymphknoten Generalisierte Metastasierung							
					rkunge	n: (für Sachverh	alte, die ni	cht ausreic	hend kodierbar s	ind)		
Frühere (letzte) Tumore	erkrankung(e	n) ICD-10 und Er	krankungsjahr:									