klinisch-epidemiologisches krebsregister Brandenburg-Berlin

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

_____ geb. am

_____ __.__.____

_____

Kassen-Nr.	Versicherten-/ Vertrags-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Lebenslange Arzt-/Zahnarztnr.	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

Einmal jährliche unauffällige Kontrolluntersuchung

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum: (monatsgenau) __.____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): ☐☐☐.☐

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C ☐☐.☐☐

☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Freitext: _____

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

Datum der Untersuchung: __.__.____

Datum der Feststellung des Tumorstatus

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

☐ Vollremission

☐ keine Änderung

☐ Beurteilung unmöglich

Detailbeurteilung des Tumorstatus:

Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen:

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Tumor - Nachweis	☐	☐	☐
Residuen (o. n. Angaben)	☐	☐	☐
Residuen - keine Änderung	☐	☐	☐
fraglicher Befund	☐	☐	☐
unbekannt	☐	☐	☐

Allgemeiner Leistungzustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

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

☐ 1 (70-80%) ☐ 3 (30-40%)

PSA-Wert: _____ ng/ml (Fließkommazahl) ☐ unbekannt

Datum der PSA-Bestimmung: __.__.____

Für DKG-zertifizierte Zentren:

☐ Zentrumsfall / Primärfall

☐ Zentrumsfall / kein Primärfall

☐ kein Zentrumsfall

Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja" inkl. Datum

	Ja	Datum	Nein	unbek.
Studienteilnahme	☐	__.__.____	☐	☐
Sozialdienst	☐	__.__.____	☐	☐
Psychoonkologische Beratung	☐	__.__.____	☐	☐

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