

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 _____

Therapiemeldung - Operation

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (monatsgenau) _____

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

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

OP-Datum: _____

Intention: diagnostisch kurativ Nachresektion
 Revision palliativ

OPS endständig	Seite (R, L, B)	Bezeichnung
_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	_____

Datum der OP-Histologie: _____

Histologie-Einsendenummer: _____

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

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

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

Residualstatus (R-Status): (Ausprägungen siehe Ausfüllhinweise)

Lokaler R-Status
 OP-Präparat: R0 R1 R1(cy+) R2 RX

Gesamt-R
 bei Abschluss: R0 R1 R1(cy+) R2 RX

Komplikationen: unbekannt nein ja, bitte angeben welche
 Freitext oder Schlüssel (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____ **Schlüssel** _____

AKTUELLE POSTOP. 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:		

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

Untersuchte / befallene Lymphknoten _____ / _____

Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten _____ / _____

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

Tumorkonferenz Datum: _____
Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Empfehlung:

<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörpertherapie
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Chemo- & Immuntherapie
<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Chemo & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Active Surveillance	<input type="checkbox"/> Chemo- & Immunth. & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Wait and See	<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörperth. & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Watchful Waiting	<input type="checkbox"/> Stammzelltransplantation
<input type="checkbox"/> Keine weitere Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

Fernmetastasen (prä- und intraoperative)
 Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum 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)