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**:

Todesmeldung

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 /

Weitere bekannte Tumordiagnosen:

Für DKG-zertifizierte Zentren:

☐ Zentrumsfall/Primärfall ☐ Zentrumsfall/kein Primärfall ☐ kein Zentrumsfall

Todesmeldung:

Sterbedatum:

Todesursache (Grundleiden): . (ICD-10 GM)

Freitext:

Tod tumorbedingt: ☐ ja ☐ nein

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

Meldedatum | Unterschrift/Signatur