

**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 \_\_\_\_\_

## Verlaufsmeldung

**TUMORZUORDNUNG**

**Erstdiagnosedatum Primärtumor:** (monatsgenau) \_\_\_\_\_

**Tumordiagnose (ICD-10 GM):** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 Freitext: \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation (ICD-O3):**  C \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
 links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt  
 Freitext: \_\_\_\_\_

**Morphologie (M-Code):**  M \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Block nur ausfüllen, falls Angaben neu erhoben wurden**

**Morphologie (M-Code):** M \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 M \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Histopathologisches Grading:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) \_\_\_\_\_

**Histologie-Einsendenummer:** \_\_\_\_\_

**Aktuelle Tumorklassifikation** **Datum:** \_\_\_\_\_

**TNM** (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: \_\_\_\_\_

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

**Datum der Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:**

Vollremission  klinische Besserung  
 Teilremission  Progression  
 Rezidiv (nach vorheriger Tumorfreiheit)  divergentes Geschehen  
 keine Änderung  fehlende Angabe  
 Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten

**Weitere Klassifikation/en** Datum: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

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

**Detailbeurteilung des Tumorstatus:**  
 Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

**Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen**

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezidiv nach Tumor-/MET-Freiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen (o. n. Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - keine Änderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - Progress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraglicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allgemeiner Leistungszustand:** (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%)  2 (50-60%)  4 (10-20%)  
 1 (70-80%)  3 (30-40%)

**PSA-Anstieg** (falls Zuordnung im PSMA-PET/CT bitte Detailbeurteilung ausfüllen)  
 PSA-Wert: \_\_\_\_\_ ng/ml Beurteilung: \_\_\_\_\_

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

**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 _____

**Tumorkonferenz** Datum: \_\_\_\_\_  
**Typ:**  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

**Empfehlung:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

OP  HO  CI  IZ  AS  KW  
 ST  IM  CZ  SZ  WS  
 CH  ZS  CIZ  S  WW

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

**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)

\_\_\_\_\_