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):

Meldestelle _____

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**: _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumorzuordnung

Tumordiagnose (ICD-10 GM): ___ . ___ **Datum der klinischen Erstdiagnose:** __.__.____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C ___ . ___

Histologie (M-Code): M ___ ___ ___ ___/___ **Grading:** ___ **Datum:** __.__.____

OP-Meldung

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA-Klassifikation

- ☐ 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient
- ☐ 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
- ☐ 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung
- ☐ 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung
- ☐ 5 = moribunder Patient

Art des Eingriffes

- ☐ Elektiveingriff
- ☐ Notfalleingriff

K-RAS-Mutation

- ☐ Wildtyp
- ☐ Mutation
- ☐ nicht untersucht

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition

- ☐ Anzeichnung durchgeführt
- ☐ Anzeichnung nicht durchgeführt
- ☐ Stoma angelegt
- ☐ kein Stoma

Grad der Anastomoseninsuffizienz

- ☐ keine Insuffizienz oder höchsten Grad A
- ☐ Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage)
- ☐ Grad C ((Re-)Laparotomie)

Abstandsangaben

Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm

Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie:

- ☐ MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben
- ☐ MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt

Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm

Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm

Qualität des TME-Präparats (nach Mercury)

- ☐ Grad 1 (gut)
- ☐ Grad 2 (moderat)
- ☐ Grad 3 (schlecht)
- ☐ PME durchgeführt
- ☐ lokale Exzision durchgeführt
- ☐ andere Operation durchgeführt

Weitere Meldeanlässe (sofern bestimmt)

K-RAS-Mutation: ☐ Wildtyp ☐ Mutation ☐ nicht untersucht

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

__.__.____ _____

Meldedatum Unterschrift/Signatur