

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: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Malignes Melanom

Tumorzuordnung	
Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____	Datum der klinischen Erstdiagnose: _____
Tumorlokalisation (ICD-O3): <input checked="" type="checkbox"/> C _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbekannt
Histologie (M-Code): M _____ / _____	Datum: _____

OP-Meldung
Tumordicke: _____ Zahl in mm (Angabe mit nur einer Kommastelle, Werte < x,x5 sind abzurunden, >/= x,x5 sind aufzurunden)
Ulzeration: Pathologisches Kriterium der Ulzeration wird erfüllt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Minimaler Sicherheitsabstand Primärtumor: Anzugeben ist der endgültige kumulative Sicherheitsabstand nach definitiver operativer Versorgung (die sichere Untergrenze). Ein Abstand von 0 entspricht lokal R1 oder R2, bzw. randständig. _____ Abstand in mm (natürliche Zahl) <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> kein Abstand (0)
LDH (bei Beginn der Metastasierung, Alternativangabe im Verlaufsmeldebogen) _____ U/l

Anmerkungen: (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	
	_____ Meldedatum Unterschrift/Signatur