

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: 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	Art des Eingriffes	K-RAS-Mutation
<input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient	<input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff	<input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom		
Präoperative Anzeichnung der Stomaposition	Grad der Anastomoseninsuffizienz	
<input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt <input type="checkbox"/> kein Stoma	<input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re-)Laparotomie)	
Abstandsangaben	Qualität des TME-Präparats (nach Mercury)	
Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> unbekannt Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	<input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt	

Weitere Meldeanlässe (sofern bestimmt)
K-RAS-Mutation: <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht

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