

**Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:**
 Patient informiert     Patient nicht informiert     Patient verstorben

<b>Krankenkasse / Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		
Name _____	Vorname _____	geb. am _____
Straße _____		Nr. _____
PLZ _____	Ort _____	
Kassen-Nr. _____	Versicherten-/ Vertrags-Nr. _____	Status _____
Titel _____		Namenszusatz _____
Geburtsname _____		Frühere Namen _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		

<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b>	
Krankenhaus oder MVZ _____	_____
Fachabteilung oder Praxis _____	_____
PLZ, Ort _____	_____
Straße, Hausnr. _____	_____
Vor- u. Nachname _____	_____
Lebenslange Zahn-/Arzt-Nr. _____	_____
Betriebsstätten-Nr. _____	Bei KH IK-Nr. _____
Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Beihilfestelle:</b> _____	<b>Beihilfenummer:</b> _____
Datum _____	Unterschrift/Signatur _____
<b>Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.</b>	

**Therapiemeldung - systemische oder abwartende Therapie**

<b>TUMORZUORDNUNG</b>	
<b>Erstdiagnosedatum Primärtumor:</b> (tag- oder monatsgenau) _____	
<b>Tumordiagnose (ICD-10 GM):</b> [ ][ ][ ][ ] . [ ][ ]	Freitext: _____
<b>Tumorlokalisation (ICD-O3):</b> [ 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
Freitext: _____	
<b>Morphologie (M-Code):</b> [ M ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ]	

<b>Relevante Genet. Variante(n):</b> Name/Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation)
_____
_____

<b>Tumorklassifikation</b>	<b>Datum:</b> _____																					
<b>TNM</b> (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>T</b></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>N</b></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>M</b></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">y/c/p/r</td> <td style="text-align: center;">T-Klass.</td> <td style="text-align: center;">(m)</td> <td style="text-align: center;">y/c/p/r</td> <td style="text-align: center;">N-Klass.</td> <td style="text-align: center;">y/c/p</td> <td style="text-align: center;">M-Klass.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><b>L</b></td> <td style="text-align: center;"><b>V</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Pn</b></td> <td style="text-align: center;"><b>S</b></td> <td colspan="3" style="text-align: center;"><b>UICC-Stadium:</b></td> </tr> </table>		<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>			
	<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>																		

<b>Weitere Klassifikation/en</b>		
Datum: _____	Name: _____	Stadium: _____
Datum: _____	Name: _____	Stadium: _____

<b>Fernmetastasen</b> (prä- und intraoperative)			
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	_____

<b>Für DKG-zertifizierte Zentren:</b>	<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall
<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall	<input type="checkbox"/> kein Zentrumsfall

<b>Tumorkonferenz</b>	<b>Datum:</b> _____
<b>Typ:</b> <input type="checkbox"/> prätherapeutisch <input type="checkbox"/> postoperativ <input type="checkbox"/> posttherapeutisch	
<b>Empfehlung:</b> (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)	
<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> HO <input type="checkbox"/> CI <input type="checkbox"/> IZ <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> KW	
<input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> CZ <input type="checkbox"/> SZ <input type="checkbox"/> WS	
<input type="checkbox"/> CH <input type="checkbox"/> ZS <input type="checkbox"/> CIZ <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> WW	
Abweichung auf Wunsch des Patienten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	

<b>Intention:</b> <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> keine Angabe	
<b>Stellung zu operativer Therapie:</b>	
<input type="checkbox"/> ohne Bezug zu einer operativen Therapie	
<input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> intraoperativ <input type="checkbox"/> Sonstiges	
<b>Art der Therapie</b> (passende Einzeltherapie oder Kombination wählen; keine Mehrfachauswahl)	
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hormontherapie
<input type="checkbox"/> Chemo- & Immuntherapie	<input type="checkbox"/> Stammzelltransplt
<input type="checkbox"/> Chemotherapie & Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Active Surveillance
<input type="checkbox"/> Chemo- & Immunth. & Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Wait and See
<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörpertherapie	<input type="checkbox"/> Watchful Waiting
<input type="checkbox"/> Zielgerichtete Substanz(en)	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörperth. & Zielgerichtete Substanz(en)	_____

<b>Protokollbezeichnung</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
_____	_____	_____
<b>Substanzen</b> (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen)	für abweichende Zeiten	
_____	_____	_____
_____	_____	_____

<b>Nebenwirkungen:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>ab Grad 3 Art + Grad der NW nach CTCAE Aufl. &gt; 4.0</b>	<b>Grad</b>
_____	_____
_____	_____

<b>Grund für Ende der Therapie:</b>	
<input type="checkbox"/> reguläres Ende	<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Progress
<input type="checkbox"/> reguläres Ende mit Dosisreduktion	<input type="checkbox"/> verstorben
<input type="checkbox"/> reguläres Ende mit Substanzwechsel	<input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Abbruch wegen Nebenwirkungen	<input type="checkbox"/> sonstige Gründe
<input type="checkbox"/> Patient verweigert weitere Therapie	

<b>Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja“ inkl. Datum</b>				
	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"/>

<b>Tumorstatus posttherapeutisch (bitte Verlaufsmeldung verwenden)</b>
<b>Anmerkungen:</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)
_____