

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)



Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztin. / Zahnärztin.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht m w sonstiges unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ja nein nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

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

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.

Vor- u. Nachname

Therapiemeldung – Operation

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Diagnosedatum : ICD-10

Freitext

Tumorlokalisation (ICD-O): C

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext

Datum der OP-Histologie: nicht bestimmt

Morphologie (Freitext / M-Code): M

Histopathologisches Grading: G trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

Histologie (Primärtumor) spezifischer Tumormarker Histologie (Metastase) klinisch, spezifisch - ohne Histologie Zytologie klinisch, nur körperl. Untersuchung

Postoperative Tumorklassifikation/Datum:

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

Table with columns for T, N, M classification and UICC-Stadium.

Ann Arbor:

Andere Klassifikation: Name: Stadium:

Fernmetastasen (prä- und intraoperative) bitte Datum der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum abweichend

Leber Lunge Knochen Pleura Hirn Peritoneum Nebenniere Knochenmark Haut andere Lymphknt. Generalis. nicht regionär Metastasierung

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky): 0(90-100%) 1(70-80%) 2(50-60%) 3(30-40%) 4(10-20%)

Tumorkonferenz: Datum: Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

OP-Intention (1. Spalte)

1 kurativ 2 palliativ 3 diagnostisch 4 Revision/Komplikation

Table with columns: Intention, Datum, OP-Schlüssel, Resektionsrand in mm

Freitextliche Bezeichnung (jeweils 2. Zeile)

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Komplikationen: unbekannt nein ja, bitte angeben welche

Freitext oder Schlüssel (Schlüssel siehe Rückseite) Schlüssel

Table with 4 columns for recording OP data.

Untersuchte / befallene Lymphknoten /

Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten /

Residualstatus (R-Status): Lokaler R-Status OP-Präparat: Gesamt-R bei Abschluss:

Therapiebeurteilung (Ausprägungen siehe Rückseite)

Gesamtbeurteilung: Lymphknoten (regionär): Primärtumor: Fernmetastasen:

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

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Table with 4 columns for recording OP data.

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Meldedatum Unterschrift Arzt/Ärztin

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Postalisch: Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden.

Die Adresse der zuständigen Regionalstelle finden Sie auf unserer Internetseite <http://kkk-Isa.de/>.

Elektronisch: Der elektronisch ausgefüllte Meldebogen (pdf) kann verschlüsselt an das Krebsregister übermittelt werden.

Setzen Sie sich hierfür mit unserer IT-Abteilung (informatik@kkk-Isa.de) in Verbindung.

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

Patient informiert d.h. Patient wurde durch Aushändigung des Informationsblattes über die beabsichtigte Meldung und den Zweck der Meldung informiert und auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen.

Patient nicht informiert d.h. von der Information wurde abgesehen da die Gefahr einer anderenfalls eintretenden erheblichen Gesundheitsverschlechterung bestand.

Patient verstorben d.h. Patient konnte nicht informiert werden da er vorher verstorben ist.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: Die Jahreszahlen sind grundsätzlich 4-stellig anzugeben. Bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

OP-Komplikationen:

ABD Abszess in einem Drainagekanal	HZI Herzinsuffizienz	OSM Osteitis, Osteomyelitis
ABS Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	HRS Herzrhythmusstörungen	PAF Pankreasfistel
ASF Abszess, subfaszialer	HNA Hirnnervenausfälle	PIT Pankreatitis
ANI Akute Niereninsuffizienz	HOP Hirnorganisches Psychosyndrom	PAB Perianale Blutung
AEP Alkoholentzugspsychose	HYB Hyperbilirubinämie	PPA Periphere Parese
ALR Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	HYF Hypopharynxfistel	PAV Peripherer arterieller Verschluss
ANS Anaphylaktischer Schock	IFV Iliofemorale Venenthrombose	PER Peritonitis
AEE Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	KAS Kardiogener Schock	PLB Platzbauch
API Apoplektischer Insult	KES Komplikationen einer Stomaanlage	PEY Pleuraempyem
BIF Biliäre Fistel	KIM Komplikation eines Implantates	PLE Pleuraerguss
BOG Blutung, obere gastrointestinale	KRA Krampfanfall	PMN Pneumonie
BOE Bolusverlegung eines Endotubus	KDS Kurzdarmsyndrom	PNT Pneumothorax
BSI Bronchusstumpfsuffizienz	LEV Leberversagen	PDA Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
CHI Cholangitis	LOE Lungenödem	PAE Pulmonalarterienembolie
DAI Darmanastomoseninsuffizienz	LYF Lymphfistel	RPA Rekurrensparese
DPS Drampassaggestörungen	LYE Lymphozele	RIN Respiratorische Insuffizienz
DIC Disseminierte intravasale Koagulopathie	MES Magenentleerungsstörung	SKI Septische Komplikation eines Implantates
DEP Drogenentzugspsychose	MIL Mechanischer Ileus	SES Septischer Schock
DLU Druck- und Lagerungsschäden,	MED Mediastinitis	SFH Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
DSI Duodenalstumpfsuffizienz	MAT Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	STK Stomakomplikation
ENF Enterale Fistel	MYI Myokardinfarkt	TZP Thrombozytopenie
GER Gerinnungsstörung	RNB Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
HEM Hämatemesis	NAB Nachblutung, nicht revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TRZ Transfusionszwischenfall
HUR Hämaturie	NIN Nahtinsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt	WUH Wundhämatom (konservativ therapiert)
HAE Hämorrhagischer Schock	OES Ösophagitis	WSS Wundheilungsstörung, subkutane
HFI Harnfistel		
HNK Hautnekrose im Operationsbereich		

Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva

1 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

4 = undifferenziert

X = nicht bestimmbar

L = low grade (G1 oder G2)

M = intermediate (G2 oder G3)

H = high grade (G3 oder G4)

B = Borderline

U = unbekannt

T = trifft nicht zu

Therapiebeurteilungen:

Gesamtbeurteilung:

V = Vollremission (complete remission, CR)

T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)

K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease

P = Progression

D = Divergentes Geschehen

B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)

R = Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr)

U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor:

K = Kein Tumor nachweisbar

T = Tumorreste (Residualtumor)

P = Tumorreste Residualtumor Progress

N = Tumorreste Residualtumor No Change

R = Lokalrezidiv

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten:

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar

R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv

T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen

P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress

N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen:

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar

M = Verbliebene Fernmetastase(n)

R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv

T = Fernmetastasen Residuen

P = Fernmetastasen Progress

N = Fernmetastasen No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

X = Fehlende Angabe

Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor

R1 = Mikroskopischer Residualtumor

R2 = Makroskopischer Residualtumor

R1 (is) = In-Situ-Rest

R1 (cy+) = Cytologischer Rest

RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden