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

☒ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt GmbH

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

AOK Sachsen-Anhalt

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

Mustermann (Name) | Erika (Vorname) | geb. am

Musterstr. (Straße) | 25 (Nr.) | 15.07.1945

12345 (PLZ) | Musterstadt (Ort)

Kassen-Nr.	Versicherten-/ Vertrags-Nr.	Status
101097008	A123456789	

Titel | Namenszusatz

Geburtsname: Gabler | Frühere Namen

Geschlecht: ☐ männlich ☒ weiblich ☐ divers ☐ unbekannt

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis: Praxis für Frauenheilkunde

PLZ, Ort: 12345 Musterstadt

Straße, Hausnr.: Musterstr. 123

Vor- u. Nachname: Dr. med. Max Muster

Lebenslange Zahn-/Arzt-Nr.: 123456789

Betriebsstätten-Nr.: 987654321 | Bei KH IK-Nr.:

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein

Beihilfestelle: **Beihilfenummer**:

15.03.2022 (Datum) Unterschrift/Signatur

Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.

Diagnosemeldebogen für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte

Datum der klinischen Erstdiagnose: 15.02.2022

Datumsgenauigkeit: (**E**xakt), geschätzt: **T**ag, **M**, **J**, **V**ollständig [E]

Tumordiagnose (ICD-10 GM): C50.4

ICD-10-Version:
(nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres)

Tumorlokalisation (ICD-O3): C50.4

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version:
(nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres)

Histologie Datum: 20.02.2022 Datumsgenauigkeit: [T]

Histologie-Einsendenummer:

Morphologie (ICD-O3 2. Rev. bzw. aktuelle Bluebookversion)

M 8500/3

M ___/___

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) 2

Höchste erreichte Diagnosesicherung: (nur 1 Feld wählen)

☒ Histologie (Primärtumor) ☐ spezifischer Tumormarker

☐ Histologie Metastase ☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie

☐ Zytologie ☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Relevante Genet. Variante(n) und Prädiktive Biomarker:

Name	Ausprägung (z.B. **W**ildtyp/**M**utation)

Allgemeiner Leistungzustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

☒ 0 (90-100%) ☐ 2 (50-60%) ☐ 4 (10-20%)

☐ 1 (70-80%) ☐ 3 (30-40%)

Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en) ICD-10 und Erkrankungsjahr:

wenn vorhanden

Studienteilnahme/Zusätzliche Kontakte, bei „Ja“ inkl. Datum

	Ja	Datum	Nein	unbek.
Studienteilnahme	☐	__.__.____	☒	☐
Sozialdienst	☒	23.02.2022	☐	☐
Psychoonkologische Beratung	☒	23.02.2022	☐	☐

Tumordiagnose (Freitext)

Mamma-Karzinom

Tumorlokalisation (Freitext)

Brust re. oben außen

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)

invasiv duktales Karzinom

Tumorklassifikation **Datum:** 20.02.2022

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

	c	**T**	1b	c	**N** 0	c	**M** 0
a	c/p/r	T-Klass.	(m)	c/p/r	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		**V**	**Pn**	**S**	**UICC-Stadium:** IA		

Weitere Klassifikation/en

Datum: __.__.____ Datumsgenauigkeit: ☐

Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen

Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

☐ Leber	__.__.____	☐ Lunge	__.__.____
☐ Knochen	__.__.____	☐ Pleura	__.__.____
☐ Hirn	__.__.____	☐ Peritoneum	__.__.____
☐ Nebenniere	__.__.____	☐ Knochenmark	__.__.____
☐ Haut	__.__.____	☐ andere (OTH)	__.__.____
☐ Lymphknoten nicht regionär	__.__.____	☐ Generalisierte Metastasierung	__.__.____

Für DKG-zertifizierte Zentren: ☐ Zentrumsfall/Primärfall ☐ Zentrumsfall/kein Primärfall ☐ kein Zentrumsfall

prätherapeutische Tumorkonferenz

Datum: 22.02.2022

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

☒ OP	☐ IM	☐ CIZ	☐ AS
☐ ST	☐ ZS	☐ IZ	☐ WS
☐ CH	☐ CI	☐ SZ	☐ WW
☐ HO	☐ CZ	☐ S	☐ KW

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ☐ ja ☒ nein ☐ unbekannt

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