

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

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

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

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Strasse _____ Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

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

Titel _____ Namenszusatz _____

Geburtsname _____ Frühere Namen _____

Geschlecht: männlich weiblich divers unbekannt

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution

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: ja nein

Beihilfestelle: _____ **Beihilfenummer:** _____

Datum _____ Unterschrift/Signatur _____

Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.

Diagnosemeldebogen für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte

Datum der klinischen Erstdiagnose: _____

Datumsgenauigkeit: (Exakt), geschätzt: Tag, M, J, Vollständig

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____

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

Tumorklassifikation (ICD-O3): _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

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

Histologie Datum: _____ Datumsgenauigkeit:

Histologie-Einsendenummer: _____

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

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

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. Wildtyp/Mutation)

Allgemeiner Leistungszustand: (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:

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

	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"/>

Tumordiagnose (Freitext)

Tumorklassifikation (Freitext)

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)

Tumorklassifikation Datum: _____

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

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

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: _____

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)
