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

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

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**:

10.03.2023 (Datum) Unterschrift/Signatur

Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.

Verlauf - Statusmeldung (einmal jährlich)

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum: (tag- oder monatsgenau) 15.02.2022

Tumordiagnose (ICD-10 GM): C 5 0 . 4

Freitext: Mamma-Ca. re.

Tumorlokalisation (ICD-O3): C 5 0 . 4

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

Freitext: rechts oben außen

Morphologie (M-Code): M 8 5 0 0 / 3

Datum der Untersuchung: 08.03.2023

Datum der Feststellung des Tumorstatus

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

☒ Vollremission

☐ keine Änderung (= stable disease)

☐ Vollremission mit residualen Auffälligkeiten

Detailbeurteilung des Tumorstatus:

Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen:

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Tumor - Nachweis	☒	☒	☒
Residuen (o. n. Angaben)	☐	☐	☐
Residuen - keine Änderung	☐	☐	☐
fraglicher Befund	☐	☐	☐
unbekannt	☐	☐	☐

Allgemeiner Leistungszustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

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

☒ 1 (70-80%) ☐ 3 (30-40%)

PSA-Wert: ____ ng/ml (Fließkommazahl) ☐ unbekannt

Datum der PSA-Bestimmung: __.__.____

Für DKG-zertifizierte Zentren:

☐ Zentrumsfall / Primärfall

☐ Zentrumsfall / kein Primärfall

☐ kein Zentrumsfall

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

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

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