

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

rein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt

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 Ärztinnen und Ärzte ohne Patientenkontakt

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)

Tumorlokalisation (ICD-O3): [C][][][] . [][]

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: _____

Einsender:

Name, Vorname _____

Einrichtung _____

Fachabteilung _____

PLZ Ort _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnr. _____

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

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Relevante Genet. Variante(n): Name/Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation)

Prädiktive Biomarker: Name/Ausprägung

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

Tumordiagnose (Freitext)

Tumorlokalisation (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.

<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 _____

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