

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.

Verlauf - Statusänderung

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (tag- oder monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____ . _____

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C _____ . _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Aktuelle Tumorklassifikation **Datum:** _____

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

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

Datum der Untersuchung: _____

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Teilremission Progression

Rezidiv (nach vorheriger Tumorfreiheit) divergentes Geschehen

klinische Besserung fehlende Angabe

Weitere Klassifikation/en **Datum:** _____

Name: _____ Stadium: _____

Detailbeurteilung des Tumorstatus:

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

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rezidiv nach Tumor-/MET-Freiheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen (o. n. Angaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - keine Änderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residuen - Progress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fraglicher Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unbekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relevante Genet. Variante(n): 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%)

Für DKG-zertifizierte Zentren: Zentrumsfall/Primärfall

Zentrumsfall/kein Primärfall kein Zentrumsfall

PSA-Anstieg (falls Zuordnung im PSMA-PET/CT bitte Detailbeurteilung ausfüllen)

PSA-Wert: _____ ng/ml Beurteilung: _____

Tumorkonferenz **Datum:** _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

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 _____

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> IZ	<input type="checkbox"/> AS	<input type="checkbox"/> KW
<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> CZ	<input type="checkbox"/> SZ	<input type="checkbox"/> WS	
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> ZS	<input type="checkbox"/> CIZ	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> WW	

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

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"/>

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