

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

Patient informiert     Patient nicht informiert     Patient verstorben

<b>Krankenkasse / Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		
Name _____	Vorname _____	geb. am _____
Straße _____		Nr. _____
PLZ _____	Ort _____	
Kassen-Nr. _____	Versicherten-/ Vertrags-Nr. _____	Status _____
Titel _____		Namenszusatz _____
Geburtsname _____		Frühere Namen _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt		

<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b>	
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: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Beihilfestelle:</b> _____	<b>Beihilfenummer:</b> _____
Datum _____	Unterschrift/Signatur _____
<b>Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.</b>	

## Todesmeldung

<b>TUMORZUORDNUNG</b>		
<b>Erstdiagnosedatum:</b> (tag- oder monatsgenau) _____		
<b>Tumordiagnose (ICD-10 GM):</b> [ ][ ][ ][ ] . [ ]		
Freitext: _____		
<b>Tumorlokalisation (ICD-O3):</b> [ C ][ ][ ][ ] . [ ][ ][ ]		
<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbekannt
Freitext: _____		
<b>Morphologie (M-Code):</b> [ M ][ ][ ][ ][ ] / [ ][ ][ ]		
<b>Weitere bekannte Tumordiagnosen:</b>		
_____		
_____		
<b>Für DKG-zertifizierte Zentren:</b>		
<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/Primärfall	<input type="checkbox"/> Zentrumsfall/kein Primärfall	<input type="checkbox"/> kein Zentrumsfall

<b>Todesmeldung:</b>	
<b>Sterbedatum:</b> _____	
<b>Todesursache (Grundleiden):</b> [ ][ ][ ][ ] . [ ] (ICD-10 GM)	
Freitext: _____	
<b>Tod tumorbedingt:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<b>Anmerkungen:</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)