

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

Patient informiert     Patient nicht informiert     Patient verstorben

<p><b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b></p> <p>Name _____ Vorname _____ geb. am _____</p> <p>Straße _____ Nr. _____</p> <p>PLZ _____ Ort _____</p> <p>Titel _____ Namenszusatz _____</p> <p>Geburtsname _____ Frühere Namen _____</p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt</p>	<p><b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b></p> <p>Krankenhaus oder MVZ _____</p> <p>Fachabteilung oder Praxis _____</p> <p>PLZ, Ort _____</p> <p>Straße, Hausnr. _____</p> <p>Vor- u. Nachname _____</p> <p>_____</p> <p>Datum _____ Unterschrift/Signatur _____</p> <p><b>Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.</b></p>
--	---

**Meldebogen für Basalzellkarzinome (BCC)**

**Diagnosedatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation: C44 .** \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Seitenangabe:**     links     rechts     beidseits     mittig     unbekannt

**Histologische Sicherung:** Ja     Nein     Unbekannt

**Histologie: M** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Therapie:**  Operation \_\_\_\_\_    R-Status \_\_\_\_

Bestrahlung \_\_\_\_\_     Immuntherapie \_\_\_\_\_     PDT \_\_\_\_\_

*ggf. weiteres BCC*

**Diagnosedatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation: C44 .** \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Seitenangabe:**     links     rechts     beidseits     mittig     unbekannt

**Histologische Sicherung:** Ja     Nein     Unbekannt

**Histologie: M** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Therapie:**  Operation \_\_\_\_\_    R-Status \_\_\_\_

Bestrahlung \_\_\_\_\_     Immuntherapie \_\_\_\_\_     PDT \_\_\_\_\_

*ggf. weiteres BCC*

**Diagnosedatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation: C44 .** \_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Seitenangabe:**     links     rechts     beidseits     mittig     unbekannt

**Histologische Sicherung:** Ja     Nein     Unbekannt

**Histologie: M** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    **Freitext:** \_\_\_\_\_

**Therapie:**  Operation \_\_\_\_\_    R-Status \_\_\_\_

Bestrahlung \_\_\_\_\_     Immuntherapie \_\_\_\_\_     PDT \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_