

**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: \_\_\_\_\_

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

**Datum der Untersuchung:** \_\_\_\_\_

**Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:**

Teilremission  Progression

Rezidiv (nach vorheriger Tumorfreiheit)  divergentes Geschehen

klinische Besserung  fehlende Angabe

**Weitere Klassifikation/en** **Datum:** \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**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"/>

**Für DKG-zertifizierte Zentren:**  Zentrumsfall/Primärfall

Zentrumsfall/kein Primärfall  kein Zentrumsfall

**Tumorkonferenz** **Datum:** \_\_\_\_\_

**Typ:**  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

**Empfehlung:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

OP  HO  CI  IZ  AS  KW

ST  IM  CZ  SZ  WS

CH  ZS  CIZ  S  WW

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

**Allgemeiner Leistungszustand:** (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

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

1 (70-80%)  3 (30-40%)

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

PSA-Wert: \_\_\_\_\_ ng/ml **Beurteilung:** \_\_\_\_\_

**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"/>

**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)

\_\_\_\_\_