

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 - Statusmeldung (einmal jährlich)

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum: (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] [] [] [] [] [] / [] []

Für DKG-zertifizierte Zentren:

Zentrumsfall / Primärfall
 Zentrumsfall / kein Primärfall
 kein Zentrumsfall

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"/> |

Datum der Untersuchung: _____

Datum der Feststellung des Tumorstatus

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Vollremission
 keine Änderung (= stable disease)
 Vollremission mit residualen Auffälligkeiten

Detailbeurteilung des Tumorstatus:

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

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen:

| Beurteilung | PT | LK | MET |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kein Tumor - Nachweis | <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"/> |
| fraglicher Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Allgemeiner Leistungszustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%)
 2 (50-60%)
 4 (10-20%)
 1 (70-80%)
 3 (30-40%)

PSA-Wert: _____ ng/ml (Fließkommazahl) unbekannt

Datum der PSA-Bestimmung: _____

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