

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geboren am

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztin. / Zahnärztin.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht m w sonstiges unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ja nein nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:



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

rein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.

Vor- u. Nachname

Diagnosebogen - Meldebogen für rein diagnostisch tätige Ärztinnen / Ärzte

Datum der histologischen Diagnose

Tumordiagnose (ICD-10)

ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): C

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

ICD-O-Version, nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres

Morphologie (M-Code):	M					/	
	M					/	

Histopathologisches Grading:

- gut differenziert G1
- mäßig differenziert G2
- schlecht differenziert G3
- undifferenziert G4
- nicht bestimmbar GX
- unbekannt
- low grade (G1 oder G2)
- intermediate (G2 o. G3)
- high grade (G3 oder G4)
- G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
- Borderline
- trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Einsender: Name, Anschrift

Name, Vorname:

Einrichtung:

Fachrichtung

PLZ Ort

Strasse, Hausnr.

Telefon-Nr.

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

- Histologie (Primärtumor)
- Histologie Metastase
- Zytologie
- spezifischer Tumormarker
- klinisch, spezifisch - ohne Histologie
- klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Bitte nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist

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

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation Datum:

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

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

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name:

Stadium:

Fernmetastasen

Bitte nur ausfüllen, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase

- Leber
- Knochen
- Hirn
- Nebenniere
- Haut
- Lymphknoten nicht regionär
- Lunge
- Pleura
- Peritoneum
- Knochenmark
- andere (OTH)
- Generalisierte Metastasierung

Melddatum:

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle

Unterschrift Arzt/Ärztin

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Postalisch: Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden. Die Adresse der zuständigen Regionalstelle finden Sie auf unserer Internetseite <http://kkr-lsa.de/>.

Elektronisch: Der elektronisch ausgefüllte Meldebogen (pdf) kann verschlüsselt an das Krebsregister übermittelt werden. Setzen Sie sich hierfür mit unserer IT-Abteilung (informatik@kkr-lsa.de) in Verbindung.

Diagnosesicherung:

Dieser Bogen dient zur Übermittlung des Befundes zur ersten diagnostischen Sicherung einer malignen Erkrankung, bzw. deren Vorstufen, des ersten Rezidivs oder der ersten Metastasierung.

Rein diagnostisch tätige Ärzte/Ärztinnen ohne unmittelbaren Patientenkontakt:

Als rein diagnostisch tätige/r Arzt/Ärztin ohne unmittelbaren Patientenkontakt haben Sie nicht die Pflicht den Patient über die Meldung zu informieren. Sie sind jedoch verpflichtet, den die Untersuchung veranlassenden Arzt zu melden. Aus diesen Gründen gibt es für Sie einen separaten, kürzeren Meldebogen.

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

Bitte informieren Sie den Einsender über die erfolgte Meldung an das Krebsregister.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben:

Die Jahreszahlen sind grundsätzlich 4-stellig anzugeben. Bei fehlendem Tag den „15.“ des Monats; bei fehlendem Monat den „01.07.“ des Jahres eingeben.

ICD-GM (ICD-10):

Schlüssel:5-stellig: [C,D]##.# (z. B. C50.9, D05.1) (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 16)

ICD-GM (ICD-10):

Topographie-Schlüssel:6-stellig: [C,]##.## (z. B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage))

TNM-Präfix:

c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
u = Feststellung mit Ultraschall
a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:

m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren
leer = keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:

LX = nicht beurteilbar
L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
L1 = Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:

VX = nicht beurteilbar
V0 = Keine Veneninvasion
V1 = Mikroskopisch
V2 = Makroskopisch

Perineuralinvasion:

PnX = nicht beurteilbar
Pn0 = Keine perineurale Invasion
Pn1 = Perineurale Invasion

Serumtumormarker:

SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
S0 = innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N = obere Grenze des Normalwertes

Anmerkung:

dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.