

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)



Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geboren am

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

Betriebsstätten-Nr.: _____ Lebenslange Arztnr. / Zahnarznr. _____

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:

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

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 _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10) _____ Datum der klinischen Diagnose: _____

Tumorklassifikation (ICD-O): **C** _____

Histologie (M-Code):

M					/		
M					/		

 Datum Histologie: _____ Histopathologisches Grading: **G** trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA-Klassifikation
 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient
 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung
 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung
 5 = moribunder Patient

Art des Eingriffes
 Elektiveingriff
 Notfalleingriff

K-RAS-Mutation
 Wildtyp
 Mutation
 nicht untersucht

Sozialdienstkontakt Datum: _____ nein
Studienrekrutierung Datum: _____ nein

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition
 Anzeichnung durchgeführt
 Anzeichnung nicht durchgeführt
 Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt
 kein Stoma

Grad der Anastomoseninsuffizienz
 keine Insuffizienz oder höchsten Grad A
 Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage)
 Grad C ((Re-)Laparotomie)

Abstandsangaben
Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm
Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm
 MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben
 MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt
Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm
Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm

Qualität des TME-Präparats (nach Mercury)
 Grad 1 (gut)
 Grad 2 (moderat)
 Grad 3 (schlecht)
 PME durchgeführt
 lokale Exzision durchgeführt
 andere Operation durchgeführt

Abschließende Angaben

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Melddatum: _____

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**