

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)



Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am _____

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

Betriebsstätten-Nr.: _____ Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr. _____

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 KR-G-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: Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10) [] [] [] . [] **Datum der klinischen Diagnose:** ____ . ____ . ____

Tumorklassifikation (ICD-O): C [] [] [] . [] [] []

Histologie (M-Code):	M	[]	[]	[]	[]	/	[]	Datum Histologie: ____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	M	[]	[]	[]	[]	/	[]	

Morphologie Freitext: _____

Gleason-Score: ____ + ____ = ____ **Anlass der Score-Bestimmung:** Stanze OP unbekannt

Stanzbiopsie **Datum der Stanzbiopsie:** ____ . ____ . ____

Anzahl der Stanzen (natürliche Zahl): ____ Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): ____

Anzahl der positiven Stanzen (natürliche Zahl): ____ (Prozentsatz an der am schwersten befallenen Stanze)

PSA-Wert: ____ ng/ml (Fließkommazahl) unbekannt **Datum der PSA-Bestimmung:** ____ . ____ . ____

bei Diagnose im Verlauf

Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie:

ja (Komplikationen Grad III oder IV nach Clavien-Dindo-Klassifikation)

keine oder höchstens Grad II

unbekannt bezogen auf **OP-Datum:** ____ . ____ . ____

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

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://kk-r-lsa.de/>.

Elektronisch: Der elektronisch ausgefüllte Meldebogen (pdf) kann verschlüsselt an das Krebsregister übermittelt werden.

Setzen Sie sich hierfür mit unserer IT-Abteilung (informatik@kk-r-lsa.de) in Verbindung.

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

Patient informiert d.h. Patient wurde durch Aushändigung des Informationsblattes über die beabsichtigte Meldung und den Zweck der Meldung informiert und auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen.

Patient nicht informiert d.h. von der Information wurde abgesehen da die Gefahr einer anderenfalls eintretenden erheblichen Gesundheitsverschlechterung bestand.

Patient verstorben d.h. Patient konnte nicht informiert werden da er vorher verstorben ist.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: Die Jahreszahlen sind grundsätzlich 4-stellig anzugeben. Bei fehlendem Tag „00“ eingeben; bei fehlendem Monat „00“ eingeben; bei fehlendem Jahr „0000“ eingeben

Zielgebietsschlüssel

1. ZNS: 1.1 Ganzhirn, 1.2 Teilhirn, 1.3 Neuroachse

2. Kopf-Hals mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor), jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.

2.1. Orbita, 2.2. Nase/Nasennebenhöhle, 2.3. Mundhöhle, 2.4. Ohr, 2.5. Speicheldrüse, 2.6. Pharynx, 2.7. Larynx, 2.8. Schilddrüse, 2.9 Halslymphknoten (ohne Primärtumor)

3. Thorax mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor), jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.

3.1. Mamma als Ganzbrust, 3.2. Mamma als Teilbrust, 3.3. Brustwand (z. B. Rezidiven n. Ablatio, Sarkome), 3.4. Lunge, 3.5. Ösophagus, 3.6. Thymus

3.7. Mediastinale Lymphknoten (ohne Primärtumor)

4. Abdomen (ohne Becken) mit/ohne Lymphknotenregion, bei Primärlokalisationen jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.

4.11. Magen, 4.2. Pankreas, 4.3. Leber, 4.4 Milz, 4.5 Niere, 4.6. Nebenniere, 4.7. Retroperitoneale Lymphknoten (ohne Primärtumor),

4.8. Retroperitoneum (z. B. Sarkome), 4.9. Bauchwand (z. B. Sarkome)

5. Becken mit/ohne Lymphknotenregion, bei Primärlokalisationen jeweils (+/-) angeben, je nachdem, ob der Lymphabfluss mitbestrahlt wurde.

5.1. Rektum, 5.2. Analbereich, 5.3. Harnblase, 5.4. Prostata, 5.5. Hoden, 5.6. Penis, 5.7. Uterus, Zervix, 5.8. Ovar, 5.9. Vulva, 5.10. Vagina, 5.11. Beckenwand,

5.12. Beckenlymphknoten (ohne Primärtumor)

6. Stütz-/Bewegungsapparat:

6.1. Schädelknochen, 6.2. Rippen, 6.3. Sternum, 6.4. HWS, 6.5. BWS, 6.6. LWS, 6.7. knöchernes Becken, 6.8. Hüfte

Obere Extremität: 6.9. Achsel, 6.10. Oberarm, 6.11 Unterarm, 6.12 Hand

Untere Extremität: 6.13. Leiste, 6.14. Oberschenkel, 6.15. Unterschenkel, 6.16. Fuß

7. Haut: 7.1. Primärer Hauttumor (auch kutane Lymphome), 7.2. Hautmetastasen

8. Sonstiges: 8.1. Ganzkörperbestrahlung, 8.2. Mantelfeldbestrahlung

Seitenlokalisierung des Zielgebietes:

L = links

R = rechts

B = beidseits

M = mittig

U = unbekannt

Grading:

0 = malignes Melanom der Konjunktiva

1 = gut differenziert

2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert

4 = undifferenziert

X = nicht bestimmbar

L = low grade (G1 oder G2)

M = intermediate (G2 oder G3)

H = high grade (G3 oder G4)

B = Borderline

U = unbekannt

T = trifft nicht zu

Residualstatus:

R0 = Kein Residualtumor

R1 = Mikroskopischer Residualtumor

R2 = Makroskopischer Residualtumor

R1 (is) = In-Situ-Rest

R1(cy+) = Cytologischer Rest

RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2

3 = stark/ausgeprägt

4 = lebensbedrohlich

5 = tödlich

U = unbekannt

Therapiebeurteilungen:

Gesamtbeurteilung:

V = Vollremission (complete remission, CR)

T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)

K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease

P = Progression

D = Divergentes Geschehen

B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)

R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)

U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor:

K = Kein Tumor nachweisbar

T = Tumorreste (Residualtumor)

P = Tumorreste Residualtumor Progress

N = Tumorreste Residualtumor No Change

R = Lokalrezidiv

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten:

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar

R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv

T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen

P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress

N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen:

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar

M = Verbliebene Fernmetastase(n)

R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv

T = Fernmetastasen Residuen

P = Fernmetastasen Progress

N = Fernmetastasen No Change

F = Fraglicher Befund

U = Unbekannt

X = Fehlende Angabe