

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 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 _____

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Diagnosedatum: _____ **ICD-10** _____

Freitext _____

Tumorlokalisation (ICD-O): C _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext _____

Morphologie: _____ **Histopath. Grading:** _____ G _____

Tumorklassifikation Datum: _____ . _____ . _____

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

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

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:

Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

<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
<input type="checkbox"/> Lymphknt.	<input type="checkbox"/> General.

nicht regionär Metastasierung

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):

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

Tumorkonferenz: Datum: _____ . _____ . _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

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

Intention: kurativ palliativ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie:

ohne Bezug zu einer operativen Therapie

adjuvant neoadjuvant intraoperativ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)

Chemotherapie Immun- und Antikörpertherapie

Hormontherapie Zielgerichtete Substanzen

Sonstiges Knochenmarkstransplantation

Active Surveillance Wait and see

Protokollbezeichnung _____ **von** _____ **bis** _____

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) _____ für abweichende Zeiten: _____

Nebenwirkungen: keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher	Auflage:	Grad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Grund für Ende der Therapie:

reguläres Ende reguläres Ende mit Dosisreduktion

Abbruch wg. Nebenwirkungen Abbruch wegen Progress

sonstige Gründe Patient verweigert weitere Therapie

Tumorstatus posttherapeutisch (ggf. Verlaufsmeldung):

Gesamtbeurteilung: _____ Lymphknoten (regionär): _____

Primärtumor: _____ Fernmetastasen: _____

Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): **R** _____

Datum: _____ . _____ . _____

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://kkrlsa.de/>.

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

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

Art der Nebenwirkung nach CTC + Schweregrad

K = keine oder höchstens Grad 2
3 = stark/ausgeprägt
4 = lebensbedrohlich
5 = tödlich
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
Bei der Klassifikation sind die einschlägigen Regeln der Literatur (TNM) zu beachten.

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

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