

**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.**

**Diagnosemeldebogen für klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte**

**Datum der klinischen Erstdiagnose:** \_\_\_\_\_

Datumsgenauigkeit: (Exakt), geschätzt: Tag, M, J, Vollständig

**Tumordiagnose (ICD-10 GM):** [ ][ ][ ][ ] . [ ]

**ICD-10-Version:** \_\_\_\_\_  
(nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres)

**Tumorklassifikation (ICD-O3):** [C][ ][ ][ ] . [ ][ ]

links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt

**ICD-O-Version:** \_\_\_\_\_  
(nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres)

**Histologie Datum:** \_\_\_\_\_ Datumsgenauigkeit:

Histologie-Einsendenummer: \_\_\_\_\_

**Morphologie (ICD-O3 2. Rev. bzw. aktuelle Bluebookversion)**

|   |               |
|---|---------------|
| M | _____ / _____ |
| M | _____ / _____ |

**Histopathologisches Grading:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) \_\_\_\_\_

**Höchste erreichte Diagnosesicherung:** (nur 1 Feld wählen)

Histologie (Primärtumor)     spezifischer Tumormarker

Histologie Metastase     klinisch, spezifisch - ohne Histologie

Zytologie     klinisch, nur körperl. Untersuchung

**Relevante Genet. Variante(n) und Prädiktive Biomarker:**

| Name | Ausprägung<br>(z.B. Wildtyp/Mutation) |
|------|---------------------------------------|
|      |                                       |
|      |                                       |
|      |                                       |
|      |                                       |

**Allgemeiner Leistungszustand:** (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

0 (90-100%)     2 (50-60%)     4 (10-20%)

1 (70-80%)     3 (30-40%)

**Frühere (letzte) Tumorerkrankung(en) ICD-10 und Erkrankungsjahr:**

\_\_\_\_\_

**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"/> |

**Tumordiagnose (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Tumorklassifikation (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Histologischer / zytologischer Befund (Freitext)**

\_\_\_\_\_

**Tumorklassifikation** Datum: \_\_\_\_\_

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

|   |       | T        |     |                      | N        |     |          | M |
|---|-------|----------|-----|----------------------|----------|-----|----------|---|
| a | c/p/r | T-Klass. | (m) | c/p/r                | N-Klass. | c/p | M-Klass. |   |
| L | V     | Pn       | S   | <b>UICC-Stadium:</b> |          |     |          |   |

**Weitere Klassifikation/en**

Datum: \_\_\_\_\_ Datumsgenauigkeit:

Name: \_\_\_\_\_ Stadium: \_\_\_\_\_

**Fernmetastasen**  
Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

|   |       |  |       |
|---|-------|--|-------|
| <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 (OTH)                  | _____ |
| <input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär | _____ | <input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung | _____ |

**Für DKG-zertifizierte Zentren:**  Zentrumsfall/Primärfall

Zentrumsfall/kein Primärfall     kein Zentrumsfall

**prätherapeutische Tumorkonferenz**

Datum: \_\_\_\_\_

**Empfehlung:** (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

|                             |                             |                              |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> OP | <input type="checkbox"/> IM | <input type="checkbox"/> CIZ | <input type="checkbox"/> AS |
| <input type="checkbox"/> ST | <input type="checkbox"/> ZS | <input type="checkbox"/> IZ  | <input type="checkbox"/> WS |
| <input type="checkbox"/> CH | <input type="checkbox"/> CI | <input type="checkbox"/> SZ  | <input type="checkbox"/> WW |
| <input type="checkbox"/> HO | <input type="checkbox"/> CZ | <input type="checkbox"/> S   | <input type="checkbox"/> KW |

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

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

\_\_\_\_\_