

**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.**

**Therapiemeldung - Operation**

**TUMORZUORDNUNG**

**Erstdiagnosedatum Primärtumor:** (tag- oder monatsgenau) \_\_\_\_\_

**Tumordiagnose (ICD-10 GM):** \_\_\_\_\_

Freitext: \_\_\_\_\_

**Tumorlokalisation (ICD-O3):** \_\_\_\_\_

links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt

Freitext: \_\_\_\_\_

**OP-Datum:** \_\_\_\_\_

**Intention:**  diagnostisch  kurativ  Nachresektion  
 Revision  palliativ

OPS endständig	Bezeichnung

**Datum der OP-Histologie:** \_\_\_\_\_

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

**Morphologie (M-Code):**  nicht bestimmt M \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

**Relevante Genet. Variante(n):** Name/Ausprägung (z.B. Wildtyp/Mutation) \_\_\_\_\_

**Residualstatus (R-Status):** (Ausprägungen siehe Ausfüllhinweise)

**Lokaler R-Status**  
OP-Präparat:  R0  R1  R1(cy+)  R2  RX

**Gesamt-R**  
bei Abschluss:  R0  R1  R1(cy+)  R2  RX

**Komplikationen:**  unbekannt  nein  ja, bitte angeben welche

Freitext oder Schlüssel (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) \_\_\_\_\_ **Schlüssel** \_\_\_\_\_

**AKTUELLE POSTOP. TUMORKLASSIFIKATION Datum:** \_\_\_\_\_

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

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

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

**Tumorkonferenz Datum:** \_\_\_\_\_

**Typ:**  prätherapeutisch  postoperativ  posttherapeutisch

**Empfehlung:**

<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörpertherapie
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Chemo- & Immuntherapie
<input type="checkbox"/> Hormontherapie	<input type="checkbox"/> Chemo & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Active Surveillance	<input type="checkbox"/> Chemo-& Immunth. & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Wait and See	<input type="checkbox"/> Immun-/Antikörperth. & Zielgerichtete Substanz(en)
<input type="checkbox"/> Watchful Waiting	<input type="checkbox"/> Stammzelltransplantation
<input type="checkbox"/> Keine weitere Therapie	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Abweichung auf Wunsch des Patienten:  ja  nein  unbekannt

**Untersuchte / befallene Lymphknoten** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Weitere Klassifikation/en**

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

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

**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"/>

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

**Fernmetastasen** (prä- und intraoperative)  
Bitte Datum (tt.mm.jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum 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 _____