

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.

Verlauf - Statusänderung

TUMORZUORDNUNG

Erstdiagnosedatum Primärtumor: (tag- oder monatsgenau) _____

Tumordiagnose (ICD-10 GM): _____ . _____

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): C _____ . _____

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbekannt

Freitext: _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

Morphologie (M-Code): M _____ / _____

Histopathologisches Grading: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise) _____

Histologie-Einsendenummer: _____

Aktuelle 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. |
| L | V | Pn | S | UICC-Stadium: | | |

Datum der Untersuchung: _____

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Teilremission Progression

Rezidiv (nach vorheriger Tumorfreiheit) divergentes Geschehen

klinische Besserung fehlende Angabe

Weitere Klassifikation/en **Datum:** _____

Name: _____ Stadium: _____

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

Detailbeurteilung des Tumorstatus:

Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Zutreffende Beurteilung in jeder Spalte ankreuzen

| Beurteilung | PT | LK | MET |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| kein Nachweis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rezidiv nach Tumor-/MET-Freiheit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Residuen (o. n. Angaben) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Residuen - keine Änderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Residuen - Progress | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| fraglicher Befund | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unbekannt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Für DKG-zertifizierte Zentren: Zentrumsfall/Primärfall

Zentrumsfall/kein Primärfall kein Zentrumsfall

Tumorkonferenz **Datum:** _____

Typ: prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

Empfehlung: (Schlüssel siehe Ausfüllhinweise)

OP HO CI IZ AS KW

ST IM CZ SZ WS

CH ZS CIZ S WW

Abweichung auf Wunsch des Patienten: ja nein unbekannt

Allgemeiner Leistungszustand: (nach ECOG oder Karnofsky-Index)

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

1 (70-80%) 3 (30-40%)

PSA-Anstieg (falls Zuordnung im PSMA-PET/CT bitte Detailbeurteilung ausfüllen)

PSA-Wert: _____ ng/ml **Beurteilung:** _____

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"/> |

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 _____ |

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