

**Bei Privatversicherung: Versicherungsname u. Vertrags-Nr. eintragen.**

---

**Name, Vorname, Anschrift des Patienten**

geb. am \_\_\_\_\_

---

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_    Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: \_\_\_\_\_    Status: \_\_\_\_\_

---

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_    Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.: \_\_\_\_\_    Datum: \_\_\_\_\_

---

Titel: \_\_\_\_\_    Namenszusatz: \_\_\_\_\_

---

Geburtsname: \_\_\_\_\_    Frühere Namen: \_\_\_\_\_

---

Geschlecht    m    w    sonstiges    unbekannt

---

Bei privater Krankenversicherung:

beihilfeberechtigt:    ja    nein    Beihilfenummer: \_\_\_\_\_

Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

## Klinisches Krebsregister Thüringen

**Information des Patienten über die Tumormeldung:**

Patient wurde über die Meldung informiert, kein Widerspruch

Ausnahme: Patient nicht informiert wegen möglicher gesundh. Nachteile

Keine Info, da Patient verstorben

Widerspruch d. Patienten gegen dauerhafte Speicherung der Identdaten

---

**Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution:** (ggf. Stempel, falls ausreichend)

Melder-ID (vom KKRT vergeben): \_\_\_\_\_

Krankenhaus oder MVZ: \_\_\_\_\_

Fachabteilung o. Praxis: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Vor- u. Nachname: \_\_\_\_\_

Lebenslange Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_    Zahnarzt-Nr.: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_    Bei KH IK-Nr.: \_\_\_\_\_

## Diagnose - Meldebogen für klinisch tätige Ärzte

**Datum der klinischen Diagnose**    \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

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

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

**Tumorlokalisation (ICD-O):**    C\_\_\_\_

links    rechts    beidseits    Mittellinie    trifft nicht zu    unbekannt

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

---

**Histologie**    **Datum:**    \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

|   |   |  |  |  |  |  |   |  |  |
|---|---|--|--|--|--|--|---|--|--|
| <b>Morphologie (M-Code ICD-O):</b>      | M |  |  |  |  |  | / |  |  |
| <input type="checkbox"/> nicht bestimmt | M |  |  |  |  |  | / |  |  |

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

---

**Histopathologisches Grading:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gut differenziert    G1      | <input type="checkbox"/> low grade (G1 oder G2)     |
| <input type="checkbox"/> mäßig differenziert    G2    | <input type="checkbox"/> intermediate (G2 o. G3)    |
| <input type="checkbox"/> schlecht differenziert    G3 | <input type="checkbox"/> high grade (G3 oder G4)    |
| <input type="checkbox"/> undifferenziert    G4        | <input type="checkbox"/> G0 (mal. Mel. Konjunktiva) |
| <input type="checkbox"/> nicht bestimmbar    GX       | <input type="checkbox"/> Borderline                 |
| <input type="checkbox"/> unbekannt                    | <input type="checkbox"/> trifft nicht zu            |

---

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

---

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

Histologie (Primärtumor)    spezifischer Tumormarker klinisch,

Histologie Metastase    spezifisch - ohne Histologie

Zytologie    klinisch, nur körperl. Untersuchung

---

**Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):**

---

**Körperlicher Leistungszustand nach ECOG (Karnofsky):**

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

---

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

---

**Tumordiagnose (Freitext):**

---

**Tumorlokalisation (Freitext):**

---

**Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):**

---

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

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

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

**Ann Arbor:**

---

**Andere Klassifikation (z.B. Gleason, FIGO, etc.)**

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

---

**Fernmetastasen**

Bitte Datum (tt/mm/yyyy) 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    _____.____. | <input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung    _____.____. |
| <input type="checkbox"/> nicht regionär             |   |

---

**Tumorkonferenz:**

Datum:    \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

Typ:     prätherapeutisch

---

**Datum:**    \_\_\_\_\_.\_\_\_\_.

---

**Arztstempel oder Stempel der Meldestelle**    **Unterschrift Arzt/Ärztin**

# Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

## Übermittlung der Meldebögen:

Den ausgefüllten Dokumentationsbogen (bitte ausdrucken, falls elektronisch ausgefüllt), unterschreiben und per Post zusenden. Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt.

**Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.**

## 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:** 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 18)

**ICD-GM (ICD-10):** Topographie-Schlüssel:6-stellig: 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

**Anmerkung:** dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.