

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.: _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10)

Tumorlokalisierung (ICD-O):

Histologie (M-Code): /

Freitext /

Datum der klinischen Diagnose:

links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbek.

Datum Histologie:

Histopathologisches Grading: G trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

<p>Präoperative ASA - Klassifikation</p> <p><input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient</p>	<p>Art des Eingriffes</p> <p><input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff</p> <p>K-RAS-Mutation</p> <p><input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht</p>
<p>Sozialdienstkontakt</p> <p>Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Studienrekrutierung</p> <p>Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein</p>

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

<p>Präoperative Anzeichnung der Stomaposition</p> <p><input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt <input type="checkbox"/> kein Stoma</p>	<p>Grad der Anastomoseninsuffizienz</p> <p><input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavge/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re)Laparotomie)</p>
<p>Abstandsangaben</p> <p>Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm</p> <p><input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt</p> <p>Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm</p>	<p>Qualität des TME- Präparats(nach Mercury)</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt</p>

Abschließende Angaben

<p>Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)</p>	<p>Melddatum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/></p> <p style="text-align: center;">Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin</p>
--	--