

Name, Vorname, Anschrift des Patienten _____
geb. am _____

Kassen-Nr. _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____

Vertragsarzt-Nr. _____ VK gültig bis _____ Datum _____

Geburts- / früherer Name _____ Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit _____ Mehrlingseigenschaften 2, 3, 4

Frühere (letzte) Tumorerkrankung _____ Jahr

Anzahl Lebendgeburten Totgeburten Fehlgeburten

Ausgeübte Berufstätigkeit _____ Dauer/Jahre

am längsten _____
zuletzt _____

Einweisender Arzt / Hausarzt _____

Behandelnder / Meldender Arzt (Abteilung) _____

Diagnose / Primärerkrankung

Datum der Diagnosestellung: Tag Monat Jahr

Tumordiagnose (ICD-10) .

Tumorlokalisation (ICD-O)
(Bei Systemerkr. Manifestationsort) C .

links rechts beids. Mittellinie multilok. syst.

Anlaß für den Arztbesuch: Selbstuntersuchung Vorsorgeuntersuchung
 Tumorsymptomatik Nachsorgeuntersuchung andere ärztl. Unters.

Tumorlokalisation u. Ausbreitung: _____

Histologischer / zytologischer Befund: _____

Tumorhistologie (ICD-O/THS) M /

nicht bestimmt M /

Histopathologisches Grading

Gut differenziert G 1 Low Grade
 Mäßig differenziert G 2 High Grade
 Schlecht differenziert G 3 Borderline
 Undifferenziert G 4 T-Zell-Lymphom
 Nicht bestimmbar G X B-Zell-Lymphom

Hinweise zum Krankheitsgeschehen:
Sehr geehrte Frau Kollegin / Sehr geehrter Herr Kollege,

Diagnosesicherung des Tumorgeschehens

Path. Institut / Praxis _____ Befund-Nr.: _____

histol. _____
 zytol. _____

sonografisch konv. radiologisch/CT/MRT
 endoskopisch Tumormark./laborch.
 chirurgisch klinisch nuklearmed.
 andere _____

Tumorklassifikation prätherap.

TNM (5. Auflage) nicht möglich

T () C N C M C

L V

Ann Arbor (Systemerkrankung) Sta-dium Akt. grad extra lymph.

Andere Klassifikation: _____

Fernmetastasen / Organbefall bei Systemerkrankung

0 = kein Befall 1 = Befall PUL OSS HEP BRA LYM MAR PLE PER ADR SKI SPL OTH GEN

Sicherungsschlüssel C

Tumormarker pätherapeutisch

| Marker | Wert/Einheit | Normbereich | Datum |
|--------|--------------|-------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Wichtige Begleiterkrankungen:

Vorgesehene Therapie: kurativ palliativ symptomatisch keine Therapie

Operation Chemotherapie Strahlentherapie Hormontherapie
 Immuntherapie Knochenmarktranspl. Schmerztherapie Anschlußheilbeh.
 andere Therapie: _____

Einwilligung zur Meldung an das Klinische Krebsregister

Gültige Einwilligung liegt vor / Datum _____

Meldung an das Epidemiologische Krebsregister:

Patient wurde unterrichtet
 Patient wurde nicht unterrichtet

Körperlicher Leistungszustand (nach ECOG/WHO-Schlüssel, siehe Rückseite)

nächste Vorstellung / Überweisung an: _____ Datum

Mit kollegialen Grüßen

_____ Datum _____ Arztstempel / Unterschrift _____

Basisdokumentation für Tumorpatienten