

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten, Adresse geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern

Erhebung maligner Neubildungen in Oberfranken

Nachsorgekalendernummer _____

Patient ist über Weiterleitung seiner Daten an das Krebsregister Oberfranken informiert
 widerspricht nicht widerspricht Einverständniserklärung liegt vor

Patient ist über Weiterleitung seiner Daten an das epidemiologische Krebsregister informiert
 widerspricht nicht widerspricht



Patient/in wurde nicht über die Meldung informiert. Grund: gesundheitliche Nachteile

Personenbezogene Angaben

ärztliche Meldung ohne Patientenkontakt
 andere:

Geschlecht: männlich weiblich intersexuell

Hausarzt: _____ **Land:** _____ **Zuletzt ausg. Beruf** _____ **Dauer (Jahre)** _____

Angaben zum Tumor **Datum der Erstdiagnose** / / / Tag Monat Jahr **Frühere Tumorerkrankungen:** nein ja, welche _____

Anlass der Meldung Screening Früherkennung-/ Vorsorge Zufallsbefund Rezidiv / Metastasen Nachsorge Tumorsymptomatik sonstiges

Diagnosesicherung klinisch histologisch zytologisch unbekannt

Seite rechts links beidseits Mittellinie unzutreffend unbekannt

Tumorausbreitung bei Erstdiagnose in situ lokal begrenzt reg. LK Fernmetastasen, Lokalisation _____
 Systemerkrankung

Tumorlokalisation (ICD-10) _____ **C**

Tumorhistologie (ICD-O) _____ **M** /

Stadium (TNM) y p c **T** **m** **N** **M** bef. LK/ unters. LK ___/___ bef. Sentinel-LK./ unters. Sentinel-LK ___/___

Tumorstatus R0 R1 R2 RX Tumorgröße _____ mm Lymphangiainvasion Veneninvasion Pn

Grading G1 G2 G3 G4 low grade intermediate high grade GX Borderline

Stadium UICC Gleason Score Clarke WHO sonstiges Stadium _____

Prognosefaktoren unbekannt

Östrogen: positiv negativ KI-67% _____ Karnofsky Index: _____ %

Progesteron: positiv negativ KRAS/ NRAS _____

HER-2neu: positiv negativ BRAF _____

FISH: positiv negativ EGFR _____

Menostatus: prämenopausal perimenopausal postmenopausal unbekannt

Beginn der Therapie / / / Tag Monat Jahr **Therapieintention:** kurativ palliativ neoadjuvant diagnostisch unbekannt

Art der Therapie: keine Therapie unbekannt abgelehnt, Grund: _____

Operation nein ja, Datum: _____ unbekannt

Bestrahlung nein neoadjuvant intraoperativ adjuvant sonstige

Systemische Therapie nein Chemotherapie Hormontherapie Antikörper KM-Transplantation

andere Therapie aktive Überwachung wait and see Schema _____ sonstige _____ nein ja, welche _____ unbekannt

Komplikationen: nein ja, welche _____ unbekannt

Remissionsstatus nach Therapie Vollremission Teilremission No Change Progression unbekannt

Vorstellung Tumorkonferenz prä post nein, Grund: _____

Angaben bei Tod / / / Tag Monat Jahr **Todesursache (unmittelbar)** _____

Sterbedatum / / / Tag Monat Jahr

Tumorbedingt verstorben: nein ja fraglich unbekannt **Autopsie** nein ja unbekannt

Angaben zur Meldestelle **Datum der Meldung** / / / Tag Monat Jahr **Ort** _____