



# Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern



## Erhebung maligner Neubildungen in Oberfranken \*)

!Bitte ankreuzen!

- Patient/in wurde über die Meldung an das Krebsregister informiert und hat keinen Widerspruch eingelegt.
- Patient/in wurde wegen gesundheitlicher Nachteile nicht über die Meldung informiert.

### Personenbezogene Angaben / ggf. Patientenaufkleber

Familienname  Geburtsdatum  .  .

Vorname(n)  Straße, Haus-Nr.

Geburts-/früh. Name  PLZ, Wohnort

Geschlecht  männlich  weiblich  unbekannt

Mehrlingeigenschaft  nein  ja  unbekannt

Staatsangehörigkeit  deutsch  andere (Land)

Nachsorge-Kalender-Nr.

Zuletzt ausg. Beruf  Dauer (Jahre)

Längster ausg. Beruf  Dauer (Jahre)

### Angaben zum Tumor

.  .   = Datum der Erstdiagnose  
 = Datum der Folgerhebung

Diagnose / Lokalisation  ICD-10 / ICD-O-3

Diagnosesicherung  klinisch  zytologisch  histologisch  unbekannt

Seite  rechts  links  beidseits  unzutreffend  unbekannt

Tumorausbreitung  In situ  lokal begrenzt  reg. Lk  Fernmetastasen  Systemerkrankung

Histologie  ICD-O-3

Stadium (TNM) Y  P  C  T  m  c

Lymphgefäßinvasion  Veneninvasion

Anzahl der untersuchten Lymphknoten  Anzahl der befallenen Lymphknoten

P  C  N  c

P  C  M  c

R0  R1  R2  RX

### Prognosefaktoren \*

Östrogen:  positiv  negativ Progesteron:  positiv  negativ Tumormarker:

HER-2/neu Score:  positiv  negativ FISH-Test  positiv  negativ

Prämenopausal  Perimenopausal  Postmenopausal

### Lokalisation der Fernmetastasen:

Grading  G1  G2  G3  G4  Low Grade  Intermediate  High Grade  GX  unbekannt

Andere Klassifikation  Ann Arbor  Rai  Binet  CML  UICC  FAB  Durie & Salmon  sonstiges  unbekannt

Stadium  (ggf. Klartext)

### Beginn der Therapie

Primärtherapie Operation  kurativ  inoperabel  palliativ

Bestrahlung  kurativ  neoadjuvant  palliativ

Chemotherapie  kurativ  neoadjuvant  palliativ

andere Therapie  kurativ  neoadjuvant  palliativ

Tumorstatus nach Primärtherapie, Rezidiv oder Metastasen Falls andere Therapie, welche:

Vollremission  Teilremission  No Change  Progression  unbekannt

Frühere Tumorerkrankung  ja  nein (ggf. Klartext)

OP-Klartext oder OPS-Schlüssel:

### Angaben bei Tod

Sterbedatum  .  .

Todesursache (unmittelb.)

Grundleiden

Tod tumorbedingt  ja  nein  fraglich  unbekannt

Autopsie  ja  nein  unbekannt

ICD-Code

### Angaben zur Meldestelle

Datum der Meldung  .  .

Anmerkungen

Unterschrift

Behandelnder Arzt/ Klinik

Anschrift (Stempel)

Anschrift oder Stempel

Original für das Klinikregister  
Durchschlag für die Krankenkasse

Version 4.0  
05/06

\*) Erläuterungen siehe Rückseite