



Krankenkasse / Versicherungsname		Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben)	
Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Anschrift des Patienten			
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.	Status:	
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange ArztNr. /ZahnarztNr.	Datum:	
Titel		Namenszusatz	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>			
Bei privater Krankenversicherung			
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfestelle:		Beihilfenummer:	

Information an das Klinische Krebsregister:

- Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
- Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
- Patient hat widersprochen
- Patient verstorben

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

Meldestelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ Ort _____

Straße Haus-Nr. _____

Vor- u. Nachname _____

Lebenslange Arzt-Nr. _____ Zahnarzt-Nr. _____

Betriebsstätten Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor
Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Organspezifische Zusatzdokumentation: Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10) **Datum der klinischen Diagnose (dd.mm.yyyy):**

Tumorklassifikation (ICD-O): C

Histologie (M-Code): M / **Datum Histologie (dd.mm.yyyy):**

nicht bestimmt M /

Morphologie Freitext: _____

Gleason-Score: ___ + ___ = ___ **Anlass der Score-Bestimmung:** Stanze OP unbekannt

Stanzbiopsie **Datum der Stanzbiopsie (dd.mm.yyyy):**

Anzahl der Stanzen (natürliche Zahl): _____ Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): _____

Anzahl der positiven Stanzen (natürliche Zahl): _____ (Prozentsatz an der am schwersten befallenen Stanze)

PSA-Wert: _____ ng/ml (Fließkommazahl) unbekannt **Datum der PSA-Bestimmung (dd.mm.yyyy):**

bei Diagnose im Verlauf

Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie:

ja (Komplikationen Grad III oder IV nach Clavien-Dindo-Klassifikation)

keine oder höchstens Grad II

unbekannt

bezogen auf **OP-Datum:**

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