

**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><b>Präoperative ASA - Klassifikation</b></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><b>Art des Eingriffes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Elektiveingriff  <input type="checkbox"/> Notfalleingriff</p> <p><b>K-RAS-Mutation</b></p> <p><input type="checkbox"/> Wildtyp  <input type="checkbox"/> Mutation  <input type="checkbox"/> nicht untersucht</p>
<p><b>Sozialdienstkontakt</b></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><b>Studienrekrutierung</b></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><b>Präoperative Anzeichnung der Stomaposition</b></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><b>Grad der Anastomosensuffizienz</b></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><b>Abstandsangaben</b></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><b>Qualität des TME- Präparats(nach Mercury)</b></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><b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)</p>	<p><b>Melddatum:</b> <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;"> <input type="checkbox"/> <b>Arztstempel oder Stempel der Meldestelle</b> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> <b>Unterschrift Arzt/Ärztin</b></span> </p>
--	--