

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	Arzt-Nr. (IKNR)	Melddatum
Geburtsname		
Frühere Namen		
Land (wenn nicht Deutschland)		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonstiges/intersexuell <input type="checkbox"/> unbekannt		
Bei privater Krankenversicherung beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Beihilfestelle:	Beihilfenummer:	

Bitte diesen Bogen ausgefüllt an die für Sie zuständige Registerstelle schicken!

**Organspezifische Zusatzdokumentation:
Mammakarzinom**



Klinisches Krebsregister M-V

Informationen über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §4 KrebsRG M-V

- Patient informiert
- Patient nicht informiert
- Patient verstorben

Melderdaten: (ggf. Stempel, falls ausreichend; bei erstmaliger Meldung oder Veränderung der Bankdaten füllen Sie bitte den Bogen „Melderdaten“ aus)

Krankenhaus/MVZ: _____

Fachabteilung/Praxis: _____

Name: _____

Adresse: _____

Hausarzt (betreuend): _____

Facharzt (betreuend): _____

Tumordiagnose ICD- 10: _____	Datum der klinischen Diagnose: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Tumorlokalisation: C _____	Seitenlokalisation: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> unbekannt
Morphologie-Code: M _____ M _____	Histologie-Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Morphologie Freitext: _____	
Histopathologisches Grading: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> trifft nicht zu	

Prätherapeutischer Menopausenstatus <input type="checkbox"/> prämenopausal (inkl. perimenopausal) <input type="checkbox"/> postmenopausal <input type="checkbox"/> unbekannt		
Hormonrezeptorstatus Östrogen <input type="checkbox"/> positive (IRS ≥ 1, mind. 1% pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt	Hormonrezeptorstatus Progesteron <input type="checkbox"/> positive (IRS ≥ 1, mind. 1% pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> unbekannt	Her2neu Status <input type="checkbox"/> positive (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos.) <input type="checkbox"/> negative (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg.) <input type="checkbox"/> unbekannt
Präoperative Drahtmarkierung <input type="checkbox"/> mammographisch gesteuert <input type="checkbox"/> sonographisch gesteuert <input type="checkbox"/> durch MRT gesteuert <input type="checkbox"/> keine Drahtmarkierung durch Bildgebung <input type="checkbox"/> unbekannt	Intraoperatives Präparateröntgen/-sonographie <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	
Tumorgroße invasives Karzinom (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden größter Durchmesser) _____ mm <input type="checkbox"/> kein invasives Karzinom <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen	Tumorgroße DCIS (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden größter Durchmesser) _____ mm <input type="checkbox"/> kein DCIS, oder invasiver Anteil vorhanden <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen	

Sozialdienstkontakt Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Studienrekrutierung Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
Anmerkungen: 	Melddatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift

Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Postalisch: Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden. Die Adresse der zuständigen Registerstelle finden Sie auf unserer Internetseite <http://kkf-mv.de>.

Elektronisch: Der elektronische Versand der ausgefüllten Meldebogen (pdf) darf ausschließlich verschlüsselt (z.B. 7zip) an das Krebsregister erfolgen.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt.

Erstmalige Meldung:

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte den Bogen mit den Kontakt- und Kontodaten aus. Wir benötigen Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung.

Widerspruch des Patienten:

Bitte beachten Sie den abweichenden Meldeumfang bei Widerspruch, der Datenerfassung epidemiologischen Krebsregistrierung kann nicht widersprochen werden.