

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Name, Vorname, Adresse des Patienten _____							
geb. am _____							
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum		

Gemeinsamer Meldebogen
Epidemiologisches Krebsregister und
Nachsorgeprogramm Rheinland-Pfalz

Einverständnis des Patienten für das **Nachsorgeprogramm** liegt vor ja nein

Patient ist über die Aufnahme in das **Krebsregister informiert** ja nein

ausgefüllt am ..

Nachsorge

Angaben für die Nachsorgedokumentation der KV

Nachsorgepaß-Nr.

Tumor noch nachweisbar ja fraglich nein ⇒ tumorfrei seit ..

Für die Nachsorge verantwortlicher Arzt
(falls nicht identisch mit ausstellendem Arzt: Name, Ort, Arztnummer) _____

Erster Nachsorgetermin (Monat / Jahr) . (wichtig für das Einladungsmodell)

Krebsregister + Nachsorge

Angaben zur Person

Geschlecht männlich weiblich

Geburtsname (und evtl. frühere Namen) _____

Staatsangehörigkeit deutsch andere _____

Beruf zuletzt ausgeübter Beruf _____ Dauer in Jahren

am längsten ausgeübter Beruf _____ Dauer in Jahren

Angaben zum Tumor

Primärtumor nur für Nachsorge: Rezidiv Metastase

Datum der Diagnosestellung des Tumors .. von Rezidiv / Metastase ..

Wievielte(r) Tumor/Systemerkrankung 1. Tumor 2. Tumor 3. oder weiterer Tumor

Tumordiagnose _____

Tumorlokalisation _____

Tumorhistologie _____

Seitenlokalisation rechts links beidseits nicht beurteilbar

Diagnosesicherung des Tumors klinisch (inkl. bildgebender Verf.) spez. Diagnostik (z.B. biochem./immunol. Tests)

zytologisch histologisch autoptisch sonstiges

Dignität benigne Ca in situ maligne unbestimmt

Grading gut (=G1) mäßig (=G2) schlecht (=G3) undifferenziert (=G4) nicht bestimmbar (=GX)

Tumorausbreitung bei Erstdiagnose bei soliden Tumoren T _____ N _____ M _____

lokal begrenzt regionär Fernmetastasen

bei Systemerkrankungen Stadium _____

Tumorspezifische Behandlung

Operation ja nein wenn OP: kurativ palliativ unbekannt

Strahlentherapie ja nein Chemotherapie ja nein

Hormontherapie ja nein Immuntherapie ja nein

Anlaß der Diagnosestellung

Selbstuntersuchung gesetzl. Früherkennung nichtgesetzl. Vorsorgeuntersuchung

Tumorsymptomatik Nachsorge Sonstiges

Angaben bei Tod

Sterbedatum ..

Todesursache (unmittelbare) _____

Vorausgegangenes Grundleiden (den Tod verursachend) _____

Tod tumorbedingt ja nein Autopsie durchgeführt ja nein

Meldevergütung an

Kontoinhaber _____

Bankinstitut _____

Bankleitzahl _____

Konto-Nr. _____

Unterschrift und Arztstempel – Bitte auch 1. Durchschlag stempeln

20000102

X

X