

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

Frühere Tumorerkrankung

(Monat/Jahr, Art, Lok)

.....

Hausarzt / Mitbehandler

.....

## Tumormeldung

### Einverständnis des Pat.:

ja  nein  nicht eingeholt

### Diagnosedaten

Diagnose (ICD 10) .....

Lok. (ICD-O) / Seite ..... / .....

Erstdiagnosedatum  .  .

Histologiecode (ICD-O) .....

TNM .....

Grading .....

Lok. Fernmet. ....

### Therapiedaten

Operationen (Datum, OP)

Klinik: .....

Bestrahlung  kurativ

neo/adjuvant

pall.

Praxis/Klinik: .....

LAW

Fernmet.

keine Radiatio

Chemo-/Immun-/Hormontherapie

von ..... bis ..... Präp. / Schema ..... Zyklen .....

von ..... bis ..... Präp. / Schema ..... Zyklen .....

von ..... bis ..... Präp. / Schema ..... Zyklen .....

(Therapiewechsel / Abbrüche ggf. auf der Rückseite erläutern)

sonstige Therapien

### Nachsorgedaten

Datum der Nachsorge  .  .

Lokalrezidiv  nein  ja, Monat / Jahr ..... Lokalisation .....

Region. LK-Rez.  nein  ja, Monat / Jahr ..... Lokalisation .....

Fernmetastasen  nein  ja, Monat / Jahr ..... Lokalisation .....

Tumormarker .....

Tumorstatus  Vollremission  Teilremission  Progression  kaum/unverändert

Markeranstieg ohne Tumornachweis

nicht abgeklärt

Verstorben am  .  .

tumorbedingt  nein  ja  unbekannt

Datum

Stempel / Unterschrift

Reg. Klinisches Krebsregister Dresden  
Universitätsklinikum C. G. Carus  
Fetscherstraße 74  
01307 Dresden

Zusatzinformationen: