

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 Gynäkologie

Einverständnis des Pat.:

ja nein nicht eingeholt

Diagnosedaten

Diagnose (ICD 10)

Lok. (ICD-O) / Seite /

Erstdiagnosedatum . .

Histologiecode (ICD-O)

Diagnoseanlass Screening Vorsorge Nachsorge sonstige

cTNM

Grading

Lok. Fernmet.

Therapiedaten

Operationen (Datum, OP)

Klinik:

Bestrahlung kurativ neo/adjuvant palliativ keine Radiatio
 LAW Fernmet.

Praxis/Klinik:

Chemo-/Immuntherapie (Zeitraum, Präp./Schema, Zyklen)

Praxis/Klinik:

Hormontherapie von bis Präp.
 von bis Präp.

(Gründe für vorzeitiges Ende/Wechsel bitte auf der Rückseite angeben)

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: