



Einwilligung zur Meldung an das Klinische und Epidemiologische Krebsregister

Liegt vor Liegt nicht vor Abgelehnt

Patientenidentifikationsnummer: Krankenkasse:

Telefon: Name:

Meldende Institution:
(Klinik, Abteilung, Station)

Geburtsname: Geschlecht: w/m

Vorname:

Geburtsdatum: Tag Monat Jahr Staatsangehörigkeit

Straße:

PLZ: Ort:

Stempel

Tumordiagnose: (ICD-10)

Diagnose-Datum: Tag Monat Jahr

k=klinisch; **z**=zytologisch; **h**=histologisch

Diagnosesicherheit: (Bitte die höchste Stufe angeben) **a**=autoptisch; **d**=DCO; **s**=sonstiges; **x**=unbekannt

Hauptlokalisation: (Lokalisation des Primärtumors nach ICD-O)

Nebenlokalisation: (Befall benachbarter Organe - Infiltration, bitte keine Fernmetastasen)

Seitenlokalisation

R = rechts

L = links

B = beidseits

S = Systemerkrankung

M = Mittellinienzone

X = unbekannt

Frühere Tumorerkrankung(en)? ja nein unbekannt **Jahr**

Wenn ja, welche? **1.**

(Wenn diese einen längeren Zeitraum zurückliegen und keine retrospektive Dokumentation möglich ist) **2.**

3.

Diagnoseanlaß:

T = Tumorsymptome; **F** = Krebsfrüherkennung (KFU); **S** = Selbstuntersuchung;
C = Screening; **L** = Langzeitbetreuung/Nachsorge; **A** = andere Untersuchungen;
X = unbekannt

Chemotherapie in der Anamnese: ja nein

Strahlentherapie in der Anamnese: ja nein

Wichtige Begleiterkrankungen:

Mehrlingseigenschaften? ja nein

Familiäre Häufung von Tumorerkrankungen? ja nein

Tumorhistologie (nach ICD-0-3)Pathologisches Institut: Histologie-Einsendenummer:
Histologie Datum: Tag Monat Jahr (Histo-Code ICD-0-3) **G**
Histologie-Klartext: Anzahl der untersuchten Lymphknoten befallen Sentinellymphknoten befallen
Lymphgefäßinvasion: **L0** = keine Lymphgefäßinvasion
L1 = Lymphgefäßinvasion
LX = nicht beurteilbar
Veneninvasion: **V0** = keine V.
V1 = mikroskopische V.
V2 = makroskopische V.
VX = nicht beurteilbar
Klinischer TNM: (6. Auflage)TNM: y c **T** C c **N** C c **M** C **Pathologischer TNM:** (6. Auflage)TNM: y p **T** p **N** p **M** **Ann Arbor Klassifikation:**

Stadium	Extralymphatisch	Milz	Knochen	Knochen-	Lunge	Leber	Gehirn	Pleura	Peri-	Neben-	Haut	Andere
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mark	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	toneum	niere	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1-4 = Stadium I-IV X = Unbekannt	K = Kein Befall E = Befall X = Unbekannt	N = Organe nicht befallen			B = Organe befallen			X = Unbekannt				
A/B-Kategorie	A = Kategorie A	B = Kategorie B		X = Unbekannt								

Anderes Stadium
 (Binet, FAB, CML, Durie und Salmon)
Lokale Beurteilung der Residualklassifikation nach Abschluß der Primärtherapie**LR0** = kein lokaler Residualtumor **Gesamtbeurteilung der Residualklassifikation nach Abschluß der Primärtherapie**
R0 = kein Residualtumor
R1 = mikroskopischer R.
R2 = makroskopischer R.
RX = nicht beurteilbar

Lokalisation von Fernmetastasen

Datum der diagnostischen Sicherung

Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tag	Monat	Jahr	Kurzschlüssel		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Allgemeiner Leistungszustand (nach ECOG/Karnofsky u.a. (tumorspezifisch)

- 0** = Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
- 1** = Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gefähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich
- 2** = Gefähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
- 3** = Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
- 4** = Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden
- X** = Unbekannt

Vorgesehene Maßnahmen

(Bitte die Therapie in ankreuzen und die Intention in ankreuzen!)

Geplante Therapien:

		N	A	K	P
Operation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarkstransplantation	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stammzelltransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper/Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>				
andere (supportive) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Intention

- N** = neoadjuvant
- A** = adjuvant
- K** = kurativ
- P** = palliativ

Welche?

Wiedervorstellung zur weiteren onkologischen Behandlung

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ort der Wiedervorstellung

Zentrumsspezifische Items oder Klartext

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in

Verschlüsselungsanweisungen

Histopathologisches Grading

- 1 = G1 (Gut differenziert)
2 = G2 (Mäßig differenziert)
3 = G3/G4 (Schlecht differenziert)

- L = Low grade (G1/G2)
H = High grade (G3)

- X = GC (Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden)
O = GO (Grading nicht vorgesehen)

Das histopathologische Grading ist für die verschiedenen Tumoren nicht einheitlich. Im allgemeinen gelten die oben angeführten Codes. Bei einigen Tumoren ist jedoch die Auswahl der Notationen eingeschränkt: Urologische Tumoren, Tumoren des Corpus uteri, Ovarialtumoren, Melanome der Konjunktiva und der Uvea. Für folgende Tumoren ist ein histopathologisches Grading nicht vorgesehen:

- Schilddrüse
- Pleuramesothelium
- Hoden
- Melanom der Haut
- Trophoblasttumoren der Schwangerschaft
- Retinoblastom

Gleason-Score

Gleason hat 1966 eine nach mikroskopischen Kriterien bewertete Bösartigkeitsskala zur Beurteilung von Zellen aufgestellt, die mit der Einteilung des Bösartigkeitsgrades (Grading) des TNM-Systems G1 bis G3 korreliert.

- G1 = Gleason-Score 2 - 4
G2 = Gleason-Score 5 - 7
G3 = Gleason-Score 8 - 10

CLL (nach Binet)

- OA = Stadium A
OB = Stadium B
OC = Stadium C

Stadium A:

Hb > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l, Thrombozyten > 100 x 10⁹/l, weniger als 3 vergrößerte Lymphknotenregionen

Stadium B:

Wie A, aber 3 oder mehr vergrößerte Lymphknotenregionen

Stadium C:

Hb ≤ 100 g/l bzw. < 6,2 mmol/l, Thrombozyten < 100 x 10⁹/l, unabhängig von der Zahl der vergrößerten Lymphknotenregionen

CLL (nach Rai)

- 00 = Stadium 0
01 = Stadium 1
02 = Stadium 2
03 = Stadium 3
04 = Stadium 4

Stadium 0:

Lymphozytose im peripheren Blut ≥ 15 000, im Knochenmark ≥ 40%

Stadium 1:

Stadium 0, zusätzlich Lymphknotenvergrößerung

Stadium 2:

Stadium 0 oder 1, zusätzlich Hepato- und/oder Splenomegalie

Stadium 3:

Stadium 0,1 oder 2, zusätzlich Anämie (Hb < 110 g/l bzw. < 6,3 mmol/l oder Hämatokrit < 33%)

Stadium 4:

Stadium 0,1,2 oder 3, zusätzlich Thrombopenie (< 100 x 10⁹/l)

Chronische Myeloische Leukämie (CML)

- OC = Chronische Phase
OA = Akzelerierte Phase
OB = Blastenphase

Akute Leukämie (nach FAB)

Die akute Leukämie wird nach der FAB-Klassifikation verschlüsselt. Dabei kennzeichnen M1-M7 Subtypen der akuten nicht-lymphatischen Leukämie.

L1- L3 solche der akuten lymphatischen Leukämie (ALL):

- L1 = L1 Vorw. kleinzellige ALL
L2 = L2 Großzellig-heterogene ALL
L3 = L3 Burkittzell-Leukämie
00 = M0 Blastär-undifferenzierte AML
10 = M1 Akute myeloblastische L. ohne Ausreifung
20 = M2 Akute myeloblastische L mit Ausreifung
2B = M2-Baso Akute myeloblastische L. mit Ausreifung und basophilen Blasten
30 = M3 Akute Promyelozyten-L. o.n.A. 3H = M3-hyper- Hypergranuläre akute Promyelozyten-Leukämiegranulär
3V = M3- (M3-hypogranulär) Mikrogranuläre akute Promyelozyten-variant Leukämie
40 = M4 Akute myelomonozytäre Leukämie
4E = M4-Eo Akute myelomonozytäre L mit Eosinophilie
50 = M5 Akute Monozytenleukämie o.n.A.
5A = M5a Akute Monoblasten-Leukämie
5B = M5b Akute promonozytär-monozytäre Leukämie
60 = M6 Akute Erythroleukämie
70 = M7 Akute Megakaryozyten-Leukämie

Multiples Myelom (nach Durie und Salmon)

Multiple Myelome werden nach der Klassifikation von Durie und Salmon erfaßt. Man unterscheidet dabei drei Stadien sowie ein Supplement für die Nierenfunktion:

Stadium (erste Stelle)

- 1 = Stadium 1
2 = Stadium 2
3 = Stadium 3

Stadium 1:

Alle der folgenden Kriterien erfüllt:
Hämoglobin > 100 g/l bzw. > 6,2 mmol/l
Serumkalzium normal (≤ 12 mg/dl bzw. ≤ 3,0 mmol/l)
Röntgenbild normal oder höchstens ein solitäres Plasmozytom
Paraproteinkonzentration IgG < 5 g/dl IgA < 3 g/dl
Bence-Jones-Proteinurie < 4 g/24 h

Stadium 2:

Kriterien von Stadium 1 und 3 nicht erfüllt.

Stadium 3:

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien erfüllt:
Hämoglobin < 85 g/l bzw. < 5,2 mmol/l
Serumkalzium > 12 mg/dl bzw. > 3,0 mmol/l
ausgedehnte Osteolysen
Paraproteinkonzentration: IgG > 7 g/dl. IgA > 5 g/dl
Bence-Jones-Proteinurie > 12 g/24 h

Nierenfunktion (zweite Stelle)

- A = Normale Nierenfunktion (Serumkreatinin < 2 mg/dl)
B = Gestörte Nierenfunktion (Serumkreatinin ≥ 2 mg/dl)

Lokalisation von Fernmetastasen

- PUL = Lunge
OSS = Knochen
HEP = Leber
BRA = Hirn
LYM = Lymphknoten
MAR = Knochenmark
PLE = Pleura
PER = Peritoneum
ADR = Nebennieren
SKI = Haut
OTH = Andere Organe
GEN = Generalisierte Metastasierung



Untersuchungs-Datum: Tag Monat Jahr stationär ambulant

Zustand nach Primärtherapie **Beginn der Primärtherapie** Tag Monat Jahr

Zustand nach Rezidivtherapie **Beginn der Rezidivtherapie** Tag Monat Jahr

(Bitte die Therapie in ankreuzen und die Intention in eintragen!)

Therapien:

	Primärtherapie		Rezidivtherapie		Therapie			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aktuelle		geplante	
Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormontherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knochenmarkstransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stammzellentransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antikörper/Immuntherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere (supportive) Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche?

Intention **N** = neoadjuvant **A** = adjuvant **K** = kurativ **P** = palliativ

Untersuchungsanlaß:

palliative Betreuung Nachsorge Therapie

Diagnostik ärztl. Betreuung/onk. Beratung Symptome

Zweitmeinung Planung

Allgemeiner Leistungszustand (nach ECOG/Karnofsky u.a. (tumorspezifisch))

Untersuchungen:

Körperliche Untersuchungen CT Mammographie

Röntgen Kernspintomographie (NMR) Chirurgische Exploration

Labor Szintigraphie Histo-/Zytologie

Sonographie PET

Doppler Endoskopie

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Tumorfrei

Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio und/oder Chemo)

Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mind. 50%)

no change (Tumorrückgang < 50% oder Zunahme < 25%)

Progression (Tumorwachstum > 25% und/oder Fortschritt der Tumorerkrankung)

Beurteilung nicht möglich --> Grund:

Tumorausbreitung:

T = Tumornachweis; **K** = kein Tumornachweis; **R** = Rezidiv; **F** = fraglicher Befund

(Bitte die TU-Ausbreitung in)

und die Nachweisuntersuchungen in eintragen!

Primärtumor

regionäre LK

Nachweisuntersuchung

KU = Körperl. Untersuchung
RÖ = Röntgen
LA = Labor
SO = Sonographie
DO = Doppler
CT = Computertomographie
NM = Kernspintomographie
SZ = Szintigraphie
PT = Positronen-Emissions-Tomo.
EN = Endoskopie
MA = Mammographie
CH = Chirurg. Exploration
HI = Histo-/Zytologie

		Tag	Monat	Jahr
Fern LK	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lunge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Leber	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hirn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pleura	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Haut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Knochen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nebenniere	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Peritoneum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Milz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ovar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Knochenmark	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Andere, welche?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Abweichungen von Leitlinien: ja nein

Begründung:

Interdisziplinäre Fallvorstellung durchgeführt: ja nein

Begründung:



Mikroskopische Sicherung der Malignität vor Operation

H = Ja, Histologie; Z = Ja, Zytologie; K = Keine mikroskopische Sicherung der Malignität; X = Unbekannt

Operationen

Ziel: K = Kurativ; P = Palliativ; D = Diagnostisch

		OP-Datum			Ziel
		Tag	Monat	Jahr	
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Name des Operateurs: <input type="text"/>				
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Name des Operateurs: <input type="text"/>				
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Name des Operateurs: <input type="text"/>				
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Name des Operateurs: <input type="text"/>				
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	OPS-2006 <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>				
	Name des Operateurs: <input type="text"/>				

Komplikationen j/n

Welche?



Zielgebiet/Seite	Applik.Art	
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	P = Percutan (Tele/Brachytherapie) K = endokavitäre Kontakttherapie I = interstitielle Kontakttherapie M = Metabolische Th. (radionuclide) A = afterloading
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	

Beginn			Ende		
Tag	Monat	Jahr	Tag	Monat	Jahr
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gesamtdosis (Gy/Gbq)

1

2

3

4

Intention: kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant

Beendigung der Strahlentherapie

Abbruch wegen Nebenwirkungen reguläres Ende Pat. verw. Therapie

Nebenwirkungen nach CTC (Common Toxicity Criteria)
 (0 = keine; 1 = gering/leicht; 2 = mäßig/deutlich; 3 = stark/ausgeprägt; 4 = lebensbedrohlich; X = Grad der Nebenwirkungen unbekannt)

Laborwerte <input type="text"/>	Gastrointestinaltrakt <input type="text"/>	Herz/Kreislauf <input type="text"/>	Lunge/Kehlkopf <input type="text"/>
Niere/Blase <input type="text"/>	Nervensystem <input type="text"/>	Sinnesorgane <input type="text"/>	Endokrines System <input type="text"/>
Haut/Allergie <input type="text"/>	Fieber/Infektion <input type="text"/>	Allgemeinsymptome <input type="text"/>	Allgemeinzustand <input type="text"/>
			Sonstige <input type="text"/>



Arbeitsgemeinschaft
Deutscher Tumorzentren



Deutsche
Krebshilfe

Nachsorge abgeschlossen: Letzter Kontakt

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nachsorge abgebrochen: Letzter Kontakt

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient wünscht keine weitere Nachsorge

Patient ist nicht mehr erschienen

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus

Tumorfrei

Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio und/oder Chemo)

Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50%)

no change (Tumorrückgang <50% oder Zunahme < 25%)

Progression (Tumorstadium >25% und/oder Fortschritt der Tumorerkrankung)

Beurteilung nicht möglich

Vitalstatus: Datum

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient verstorben: Todesdatum

Tag	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Todesursache tumorbedingt fraglich

andere Todesursache unbekannt

Autopsie durchgeführt? J = Ja; N = Nein; X = Unbekannt

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in



Datum der Autopsie:

Tag		Monat		Jahr		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TNM-Klassifikation ^y ^r aT (^m) ^r aN ^r aM

Ann Arbor Klassifikation: Pathologisch

Stadium <input type="text"/>	Extralymphatisch <input type="text"/>	Milz <input type="text"/>	Knochen <input type="text"/>	Knochen- mark <input type="text"/>	Lunge <input type="text"/>	Leber <input type="text"/>	Gehirn <input type="text"/>	Pleura <input type="text"/>	Peri- toneum <input type="text"/>	Neben- niere <input type="text"/>	Haut <input type="text"/>	Andere <input type="text"/>
1-4 = Stadium I-IV X = Unbekannt	K = Kein Befall E = Befall X = Unbekannt	N = Organe nicht befallen			B = Organe befallen			X = Unbekannt				

Sonstige Klassifikation Stadium:

Bitte Klartext, falls nicht oben verschlüsselt

Tumorhistologie

Pathologisches Institut:

Histologie Datum:

Tag		Monat		Jahr		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 G

Anzahl der untersuchten Lymphknoten befallen

Lymphgefäßinvasion (Lymphangiosis carcinomatosa):

L0 = keine Lymphgefäßinvasion **L1** = Lymphgefäßinvasion **LX** = nicht beurteilbar

Veneninvasion:

VO = keine V. **V1** = mikroskopische V. **V2** = makroskopische V. **VX** = nicht beurteilbar

Tumorausbreitung: T = Tumornachweis; K = kein Tumornachweis; R = Rezidiv; F = fraglicher Befund; X = unbekannt

(Bitte die TU-Ausbreitung in eintragen!)

Primärtumor
regionäre LK

Fernmetastasen:

Fern LK <input type="text"/>	Knochen <input type="text"/>
Lunge <input type="text"/>	Nebenniere <input type="text"/>
Leber <input type="text"/>	Peritoneum <input type="text"/>
Hirn <input type="text"/>	Milz <input type="text"/>
Pleura <input type="text"/>	Ovar <input type="text"/>
Haut <input type="text"/>	Knochenmark <input type="text"/>

Andere, welche?

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in