Bayerisches Krebsregister - Meldebogen

Meldeanlass: Operative Therapie

Bitte beachten Sie auch die Ausfüllhinweise zum Meldebogen

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Daten der Patientin/des Patienten

Titel

Namenszusatz (z.B. van, Graf von)

Nachname

Vorname

Geburtsname

frühere Namen

Geburtsdatum . .

Geschlecht ○ weiblich ○ männlich ○ divers ○ unbekannt

Straße

Hausnr.

PLZ

Ort

Land DE

○ gesetzlich ○ privat ○ sonstige

Versicherten-Nr.

Kassen-Nr./Kostenträgerkennung

Krankenkasse

Beihilfeträger

Daten der meldenden Einrichtung

Melder ID

Name

Praxis/Institution/Krankenhaus/Station

Straße

PLZ

Ort

Einwilligung/Widerspruch der Patientin/des Patienten zur Datenspeicherung

○ Patientin/Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen

○ Patientin/Patient hat widersprochen

○ Ausnahme: Unterrichtung der Patientin/des Patienten entfallen wegen möglicher gesundheitlicher Nachteile

Für zertifizierte Krebszentren

○ Zentrumsfall/ Primärfall ○ Zentrumsfall/ kein Primärfall ○ kein Zentrumsfall

Diagnose Primärtumor

Diagnosedatum . . Exakt

Tumordiagnose ICD-10 . Version 2024 GM

Seitenlokalisation ○ links ○ rechts ○ beidseitig ○ mittig ○ trifft nicht zu

bei paarigen Organen für jede Seite einen separaten Meldebogen ausfüllen (siehe Liste der paarigen Organe)

Morphologie ICD-O M / ICD-10 Version ICD-O-3, 2. Revision 2019

Operative Therapie

Intention der Operation ○ kurativ ○ palliativ ○ diagnostisch ○ Revision/Komplikation ○ Sonstiges

OP-Datum . .

OPS Code		Version 2024	OPS Code		Version 2024
OPS Code		Version 2024	OPS Code		Version 2024
OPS Code		Version 2024	OPS Code		Version 2024

Operateur/Operateurin (soweit laut Kooperationsvereinbarung vorgesehen)

1.	Vorname		Nachname		Hauptoperateur/in
2.	Vorname		Nachname		Hauptoperateur/in

Lokaler Residualstatus nach OP ○ R0 ○ R1 ○ R2 ○ R1(is) ○ R1(cy+) ○ RX

Gesamt Residualstatus nach OP ○ R0 ○ R1 ○ R2 ○ R1(is) ○ R1(cy+) ○ RX

Komplikationen im Rahmen der Operation

Komplikationen ○ nein ○ unbekannt

oder

Komplikationen als Kürzel oder ICD Code

(Komplikationen, die in der Liste in den Ausfüllhinweisen nicht aufgeführt sind, bitte alternativ nach ICD-10, aktuelle Ausgabe, verschlüsseln)

Kürzel		oder	ICD-10 .	Version	2024 GM
Kürzel		oder	ICD-10 .	Version	2024 GM
Kürzel		oder	ICD-10 .	Version	2024 GM

Anmerkung

Histologie

Einsendenummer

Morphologie Code M / Version ICD-O-3, 2. Revision 2019

Morphologie (Freitext, optional)

Grading
- ○ gut differenziert (G1)
- ○ mäßig differenziert (G2)
- ○ schlecht differenziert (G3)
- ○ undifferenziert (G4)
- ○ low grade (G1 oder G2)
- ○ intermediate grade (G2 oder G3)
- ○ high grade (G3 oder G4)
- ○ Borderline
- ○ nicht bestimmbar (GX)
- ○ trifft nicht zu
- ○ G0 (nur beim malign. Melanom der Konjunktiva)

befallene Lymphknoten einschl. Sentinel / untersuchte Lymphknoten einschl. Sentinel

befallene Sentinel-Lymphknoten / untersuchte Sentinel-Lymphknoten

Tumorstadium

posttherapeutisches Tumorstadium nach TNM - pathologische Klassifikation Zusätze wie (is), mi, (sn), (i-)/(i+), (mol-)/(mol+) sind manuell hinzuzufügen.

Datum . . TNM 8. Auflage (falls abweichend bitte Auflage angeben) 8. Auflage UICC-Stadium

r y c/p **T** m c/p **N** c/p **M** **L** **V** **Pn** **S**

Weitere Klassifikation (z.B. Ann Arbor, WHO Klassifikation Hirntumore, etc.)

Datum . . Exakt Bezeichnung Stadium

Datum . . Exakt Bezeichnung Stadium

Genetische Varianten

Datum der Probenahme . . Exakt Bezeichnung

○ Mutation/positiv ○ Wildtyp/nicht mutiert/negativ ○ Polymorphismus ○ unbestimmbar ○ unbekannt ○ Sonstige Ausprägung

Datum der Probenahme . . Exakt Bezeichnung

○ Mutation/positiv ○ Wildtyp/nicht mutiert/negativ ○ Polymorphismus ○ unbestimmbar ○ unbekannt ○ Sonstige Ausprägung

Datum der Probenahme . . Exakt Bezeichnung

○ Mutation/positiv ○ Wildtyp/nicht mutiert/negativ ○ Polymorphismus ○ unbestimmbar ○ unbekannt ○ Sonstige Ausprägung

Datum der Probenahme . . Exakt Bezeichnung

○ Mutation/positiv ○ Wildtyp/nicht mutiert/negativ ○ Polymorphismus ○ unbestimmbar ○ unbekannt ○ Sonstige Ausprägung

Studienteilnahme

○ ja, Datum . . erstes Einschlussdatum in einer Studie mit Ethikvotum ○ nein ○ unbekannt

Zusätzliche Kontakte

Sozialdienst: ○ ja, Datum . . ○ nein

Psychoonkologische Beratung: ○ ja, Datum . . ○ nein

Tumorkonferenz/Therapieempfehlung

○ prätherapeuthische Tumorkonferenz (Festlegung der Therapiestrategie) ○ posttherapeutische Tumorkonferenz Datum . . Exakt

○ postoperative Tumorkonferenz ○ Therapieplanung ohne Tumorkonferenz

Therapieempfehlung (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ OP - Operation
- ☐ ST - Strahlentherapie
- ☐ CH - Chemotherapie
- ☐ IM - Immun-/Antikörpertherapie
- ☐ ZS - zielgerichtete Substanzen
- ☐ SZ - Stammzelltransplantation (inkl. Knochenmarktransplantation)
- ☐ KW - keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen (KW)
- ☐ CI - Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie
- ☐ CZ - Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen
- ☐ CIZ - Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen
- ☐ IZ - Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen
- ☐ HO - Hormontherapie
- ☐ WW - watchful waiting
- ☐ AS - active surveillance
- ☐ WS - wait and see
- ☐ SO - Sonstiges

Abweichung auf Patientenwunsch: ○ ja ○ nein ○ unbekannt

Entitätsspezifische Ergänzungsmodule

Modul Mammakarzinom

Hormonrezeptorstatus

Oestrogen	○ positiv (IRS >= 1)	○ negativ	○ unbekannt
Progesteron	○ positiv (IRS >= 1)	○ negativ	○ unbekannt
Her2/neu	○ positiv d.h. IHC 3+ oder IHC 2+ und ISH (FISH, CISH o.Ä.) positiv	○ negativ	○ unbekannt

Präoperative Drahtmarkierung durch Bildgebung gesteuert

○ Mammografie ○ Sonografie ○ MRT ○ keine DM durch Bildgebung ○ unbekannt

Intraoperatives Präparatröntgen/Sonografie

○ Mammografie ○ Sonografie ○ nein ○ unbekannt

Tumorgröße postoperativ (maximaler Durchmesser)

Tumorgröße invasiv	____ mm	oder	○ kein invasives Karzinom	○ nicht zu beurteilen
Tumorgröße DCIS	____ mm	oder	○ kein DCIS, oder invasiver Anteil vorhanden	○ nicht zu beurteilen

Modul Kolorektales Karzinom

ASA-Klassifikation	○ ASA 1	○ ASA 2	○ ASA 3	○ ASA 4	○ ASA 5
Art des Eingriffs	○ Elektiveingriff	○ Notfalleingriff	○ unbekannt		
Mutation im K-RAS Onkogen	○ Wildtyp	○ Mutation	○ nicht untersucht		○ unbekannt

Auszufüllen im Falle eines Rektumkarzinoms

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition

○ ja ○ nein ○ Stoma angelegt, Anzeichnung nicht bekannt ○ kein Stoma ○ unbekannt

Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand	____ mm	oder	○ unbekannt
Minimaler Abstand zur circumferentiellen mesorektalen Resektionsebene	____ mm	oder	○ unbekannt

Qualität des TME-Präpatates

○ Grad 1 (gut) ○ Grad 2 (moderat) ○ Grad 3 (schlecht)

○ PME durchgeführt ○ lokale Exzision durchgeführt ○ andere Operation durchgeführt ○ unbekannt

Anastomoseninsuffizienz

○ keine oder Grad A ○ Grad B ○ Grad C ○ unbekannt

Modul Prostatakarzinom

Gleason-Score

____ + ____ = ____

Komplikation der Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach Radikaler Prostatektomie

○ keine oder höchstens Grad II ○ ja ○ unbekannt

Modul Malignes Melanom

minimaler Sicherheitsabstand zum Primärtumor ○ nicht zu beurteilen ○ kein Abstand ____ Abstand in mm (natürliche Zahl)

Tumordicke ____ , ____ mm

Ulzeration ○ ja ○ nein ○ unbekannt

Hinweis: Es ist der endgültige kumulative Sicherheitsabstand, d. h. nach definitiver operativer Versorgung zu verwenden. Es soll die sichere Untergrenze angegeben werden. Ein Abstand von 0 entspricht lokal R1 oder R2, bzw. randständig.