

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)			Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten Name _____ Vorname _____ geb. am _____ Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____			Krankenhaus oder MVZ _____ Fachabteilung oder Praxis _____ PLZ, Ort _____ Straße, Hausnr. _____ Vor- u. Nachname _____ Lebenslange Zahn-/Arzt-Nr. _____ Betriebsstätten-Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____		
Kassen-Nr. _____	Versicherten-/ Vertrags-Nr. _____	Status _____	Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____		
Titel _____ Namenszusatz _____		Datum _____ Unterschrift/Signatur _____ Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.			
Geburtsname _____ Frühere Namen _____					
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt					

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumorzuordnung

Tumordiagnose (ICD-10 GM): [][][][] . [] **Datum der klinischen Erstdiagnose:** _____

Tumorlokalisation (ICD-O3): [C][][][] . [][][]

Histologie (M-Code): [M][][][][] / [][] **Grading:** _____ **Datum:** _____

OP-Meldung

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA-Klassifikation <input type="checkbox"/> 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient <input type="checkbox"/> 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung <input type="checkbox"/> 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung <input type="checkbox"/> 5 = moribunder Patient <input type="checkbox"/> 6 = hirntoter Patient (Organspender)	Art des Eingriffes <input type="checkbox"/> Elektiveingriff <input type="checkbox"/> Notfalleingriff	K-RAS-Mutation <input type="checkbox"/> Wildtyp <input type="checkbox"/> Mutation <input type="checkbox"/> nicht untersucht
---	---	---

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition <input type="checkbox"/> Anzeichnung durchgeführt <input type="checkbox"/> Anzeichnung nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> Stoma angelegt <input type="checkbox"/> kein Stoma	Grad der Anastomosensuffizienz <input type="checkbox"/> keine Insuffizienz oder höchsten Grad A <input type="checkbox"/> Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) <input type="checkbox"/> Grad C ((Re-)Laparotomie)
Abstandsangaben Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben <input type="checkbox"/> MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm	Qualität des TME-Präparats (nach Mercury) <input type="checkbox"/> Grad 1 (gut) <input type="checkbox"/> Grad 2 (moderat) <input type="checkbox"/> Grad 3 (schlecht) <input type="checkbox"/> PME durchgeführt <input type="checkbox"/> lokale Exzision durchgeführt <input type="checkbox"/> andere Operation durchgeführt

Weitere Meldeanlässe (sofern bestimmt)

K-RAS-Mutation: Wildtyp Mutation nicht untersucht

Anmerkungen: (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)