

**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

Diagnosesicherheit: (Bitte die höchste Stufe angeben) **k**=klinisch; **z**=zytologisch; **h**=histologisch
a=autoptisch; **d**=DCO; **s**=sonstiges; **x**=unbekannt

Hauptlokalisation: (Lokalisation des Primärtumors nach ICD-0)

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

Wenn ja, welche?
(Wenn diese einen längeren
Zeitraum zurückliegen und keine
retrospektive Dokumentation
möglich ist)

1.

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:

Lokalisation von Fernmetastasen

Datum der diagnostischen Sicherung

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

Intention

Operation	<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"/>
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychoonkologie	<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"/>

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

Welche?

Wiedervorstellung zur weiteren onkologischen Behandlung

Tag Monat Jahr

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
Pleuramesotheliom
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 \geq 15 000, im Knochenmark \geq 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 (M3-hypogranulär) Mikrogranuläre akute Promyelozytenvariant Leukämie
3V = M3- Akute myelomonozytäre Leukämie
40 = M4 Akute myelomonozytäre L mit Eosinophilie
4E = M4-Eo Akute Monozytenleukämie o.n.A.
50 = M5 Akute Monoblasten-Leukämie
5A = M5a Akute promonozytär-monozytäre Leukämie
5B = M5b Akute Erythroleukämie
60 = M6 Akute Megakaryozyten-Leukämie
70 = M7

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 (\leq 12 mg/dl bzw. \leq 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 \geq 2 mg/dl)

Lokalisation von Fernmetastasen

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

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 (Tumorstadium > 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="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leber	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Hirn	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pleura	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knochen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Nebenniere	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Peritoneum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Milz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ovar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knochenmark	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<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, welche?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Abweichungen von Leitlinien:

ja nein

Begründung:

Interdisziplinäre Fallvorstellung online 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"/>	<input type="text"/>
	OPS-2008 <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"/>	<input type="text"/>
	OPS-2008 <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"/>	<input type="text"/>
	OPS-2008 <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"/>	<input type="text"/>
	OPS-2008 <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"/>	<input type="text"/>
	OPS-2008 <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

ja nein

Wenn ja, 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.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>	4.	<input type="text"/>

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

Chemotherapie Hormontherapie Antikörper/ Immuntherapie

Intention: kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant

Protokoll: **Zyklen:** geplant durchgeführt

Tag Monat Jahr

Beginn

Substanzen	Dosisreduktion		Einzeldosis	Menge der Absolutdosis	Einheit
	Ja	Nein			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tag Monat Jahr bis Tag Monat Jahr

Unterbrechung: vom

Gründe der Unterbrechung:

Beendigung der Systemischen Therapie:

Tag Monat Jahr

Datum

reguläres Ende Abbruch wegen Nebenwirkungen Patient verweigert Therapie

sonstige Gründe

Erfolg: Vollremission Teilremission keine Änderung Progression

nicht beurteilbar unbekannt

Nebenwirkungen: Bitte WHO-Grade (0 - 4; X = unbekannt) eintragen!

HB <input type="checkbox"/>	Leuko <input type="checkbox"/>	Granuloz <input type="checkbox"/>	Thrombo <input type="checkbox"/>
GOT/GPT <input type="checkbox"/>	AP <input type="checkbox"/>	Schleimh. <input type="checkbox"/>	Übelkeit <input type="checkbox"/>
Kreatinin <input type="checkbox"/>	Proteinurie <input type="checkbox"/>	Hämaturie <input type="checkbox"/>	Lunge <input type="checkbox"/>
Haut <input type="checkbox"/>	Haar <input type="checkbox"/>	Infektionen <input type="checkbox"/>	Herzrhythmus <input type="checkbox"/>
Periph. Nerven <input type="checkbox"/>	Obstipation <input type="checkbox"/>	Schmerzen <input type="checkbox"/>	Herzfunktion <input type="checkbox"/>
Blutungen <input type="checkbox"/>	Diarrhoe <input type="checkbox"/>	Fieber <input type="checkbox"/>	Perikarditis <input type="checkbox"/>
Bilirubin <input type="checkbox"/>	Harnstoff <input type="checkbox"/>	Allergie <input type="checkbox"/>	Bewußtsein <input type="checkbox"/>

WHO-Grade:
0 = Keine Nebenwirkungen, **1** = Geringe Nebenwirkungen, **2** = Allgemeinbefinden verschlechtert,
3 = Unterbrechung notwendig, **4** = Stationäre Krankenhausbehandlung notwendig, **X** = Nebenwirkungen unbekannt

Gleichzeitig Strahlentherapie? ja nein

Nachsorge abgeschlossen:	<input type="checkbox"/>		Tag	Monat	Jahr						
		Letzter Kontakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nachsorge abgebrochen:	<input type="checkbox"/>		Tag	Monat	Jahr						
		Letzter Kontakt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patient wünscht keine weitere Nachsorge	<input type="checkbox"/>										
Patient ist nicht mehr erschienen	<input type="checkbox"/>										

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus											
<input type="checkbox"/>	Tumorfrei										
<input type="checkbox"/>	Vollremission (Verschwinden des Tumors/Resttumors durch Radiatio und/oder Chemo)										
<input type="checkbox"/>	Teilremission (Rückgang aller Tumormanifestationen um mindestens 50%)										
<input type="checkbox"/>	no change (Tumorrückgang <50% oder Zunahme < 25%)										
<input type="checkbox"/>	Progression (Tumorzunahme >25% und/oder Fortschritt der Tumorerkrankung)										
<input type="checkbox"/>	Beurteilung nicht möglich										

Vitalstatus:			Tag	Monat	Jahr						
		Datum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient verstorben:			Tag	Monat	Jahr						
		Todesdatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Todesursache tumorbedingt	<input type="checkbox"/>	fraglich								
<input type="checkbox"/>	andere Todesursache	<input type="checkbox"/>	unbekannt								

Autopsie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	J = Ja; N = Nein; X = Unbekannt
-------------------------------	--------------------------	---------------------------------

Datum

Unterschrift Arzt

Datum

Unterschrift Dokumentar/in

