

Name, Vorname, Anschrift des Patienten	Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution
Name _____ Vorname _____ geb. am _____ Straße _____ Nr. _____ PLZ _____ Ort _____ Titel _____ Namenszusatz _____ Geburtsname _____ Frühere Namen _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt	Krankenhaus oder MVZ _____ Fachabteilung oder Praxis _____ PLZ, Ort _____ Straße, Hausnr. _____ Vor- u. Nachname _____ _____ Datum _____ Unterschrift/Signatur _____ Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.

Meldebogen für Basalzellkarzinome (BCC)

Diagnosedatum: ____ . ____ . ____ Freitext: _____	
Tumorlokalisation: C44 . ____ Freitext: _____	
Seitenangabe: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
Histologische Sicherung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
Histologie: M ____ / ____ Freitext: _____	
Therapie: <input type="checkbox"/> Operation ____ . ____ . ____ R-Status ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
ggf. weiteres BCC	
Diagnosedatum: ____ . ____ . ____ Freitext: _____	
Tumorlokalisation: C44 . ____ Freitext: _____	
Seitenangabe: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
Histologische Sicherung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
Histologie: M ____ / ____ Freitext: _____	
Therapie: <input type="checkbox"/> Operation ____ . ____ . ____ R-Status ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
ggf. weiteres BCC	
Diagnosedatum: ____ . ____ . ____ Freitext: _____	
Tumorlokalisation: C44 . ____ Freitext: _____	
Seitenangabe: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
Histologische Sicherung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
Histologie: M ____ / ____ Freitext: _____	
Therapie: <input type="checkbox"/> Operation ____ . ____ . ____ R-Status ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):	