

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

Patient informiert Patient nicht informiert Patient verstorben

Name, Vorname, Anschrift des Patienten		geb. am
Name	Vorname	
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		
		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):