

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

Patient informiert     Patient nicht informiert     Patient verstorben

<b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>		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 _____
<b>Bei elektronischer Übermittlung ist das Dokument ohne Unterschrift gültig.</b>		

## Meldebogen für Basalzellkarzinome (BCC)

<b>Diagnosedatum:</b> _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Tumorlokalisation:</b> C44 . _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Seitenangabe:</b> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Histologische Sicherung:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
<b>Histologie:</b> M _____ / _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Operation _____	R-Status _____
<input type="checkbox"/> Bestrahlung _____	<input type="checkbox"/> Immuntherapie _____
	<input type="checkbox"/> PDT _____
<b>ggf. weiteres BCC</b>	
<b>Diagnosedatum:</b> _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Tumorlokalisation:</b> C44 . _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Seitenangabe:</b> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Histologische Sicherung:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
<b>Histologie:</b> M _____ / _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Therapie:</b> <input type="checkbox"/> Operation _____	R-Status _____
<input type="checkbox"/> Bestrahlung _____	<input type="checkbox"/> Immuntherapie _____
	<input type="checkbox"/> PDT _____
<b>ggf. weiteres BCC</b>	
<b>Diagnosedatum:</b> _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Tumorlokalisation:</b> C44 . _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Seitenangabe:</b> <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> unbekannt	
<b>Histologische Sicherung:</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/>	
<b>Histologie:</b> M _____ / _____	<b>Freitext:</b> _____
<b>Therapie:</b> <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):