

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 _____ <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 ____ . ____ . ____ <b>R-Status</b> ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
ggf. weiteres 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 ____ . ____ . ____ <b>R-Status</b> ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
ggf. weiteres 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 ____ . ____ . ____ <b>R-Status</b> ____ <input type="checkbox"/> Bestrahlung ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> Immuntherapie ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> PDT ____ . ____ . ____	
<b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):	