

Name, Vorname, Anschrift des Patienten		Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution	
Name _____	Vorname _____	geb. am _____	Krankenhaus oder MVZ _____
Straße _____	Nr. _____	_____-_____-_____-	Fachabteilung oder Praxis _____
PLZ _____	Ort _____	_____	PLZ, Ort _____
_____	_____	_____	Straße, Hausnr. _____
Titel _____	Namenszusatz _____	_____	Vor- u. Nachname _____
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 prognostisch günstige nicht-melanotische Hauttumoren
(außer Basalzellkarzinome)**

Diagnosedatum:	_____				
Tumordiagnose (ICD-10):	C _____				
Tumorlokalisation (ICD-O):	C _____				
Seitenangabe:	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Beidseitig	<input type="checkbox"/> Mittig	<input type="checkbox"/> Unbekannt
TNM:	_____ T _____ <small>y/r c/p</small>	_____ N _____ <small>c/p</small>	_____ M _____ <small>c/p</small>	Stadium _____ AJCC <input type="checkbox"/> UICC <input type="checkbox"/> <small>Auswahl Klassifikation</small>	
Histologische Sicherung:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt	Tumordicke in mm: _____	
Histologiedatum:	_____			Histologie: M _____ / _____	
Histologie Freitext:	_____				
Histopathol. Grading:	<input type="checkbox"/> G1	<input type="checkbox"/> G2	<input type="checkbox"/> G3	<input type="checkbox"/> G4	<input type="checkbox"/> Unbekannt
Therapie:	Ja	Beginn	Beschreibung	Nein	Unbekannt
Operation:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestrahlung:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapie:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immuntherapie:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Therapie:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine Therapie:	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):