



## Patientendaten

Nachname		Titel (z.B. Dr., Dipl. Ing.)		Namenszusatz (z.B. van, Graf von)	
Vorname(n)		Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)		Nachsorgekalender Nr.	
Geburtsname		Frühere Namen			
Straße		Hausnr.			
PLZ	Wohnort (bei Diagnosestellung)		Land (falls Wohnort außerhalb Deutschlands)		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt					
Versicherten-/Vertrags-Nr.		Kassen-Nr./Kostenträgerkennung		Krankenkasse/Kostenträger	
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> nein ja,		Beihilfe-/Personal-Nr.		Beihilfefestsetzungsstelle	

### Einwilligung/Widerspruch der Patientin/des Patienten zur Datenspeicherung

- Patient ist informiert und hat nicht widersprochen
  Patient hat widersprochen
  Meldung von Ärzten ohne Patientenkontakt (z.B. Pathologe)
  Ausnahme: Unterrichtung entfällt, da Patient nicht über Krebserkrankung aufgeklärt

## Modul Malignes Melanom

Erstdiagnosedatum			(tt.mm.jjjj)		
Tumordiagnose			ICD-10 Code	ICD-10 Version	
Tumorlokalisation			ICD-O-3 Code	ICD-O-3 Version	
Seitenlokalisation	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> beidseitig	<input type="checkbox"/> mittig	<input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbekannt
Sicherheitsabstand Primärtumor	<input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen <input type="checkbox"/> kein Abstand		<input type="checkbox"/> Abstand in mm (natürliche Zahl)		
Tumordicke			mm		
LDH			U/l		
Ulzeration	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Unbekannt		
Anmerkungsfeld (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)					

## Melderdaten

Meldedatum  (tt.mm.jjjj)

Name		Melder-ID	
Krankenhaus, Praxis, Institut		LANR/ZahnarztNr.	
Abteilung, Station		BSNR	
Straße, Hausnr.		PLZ	Ort
		IK (Institutionskennzeichen)	

## **Ausfüllhinweise Modul „Malignes Melanom“ (Organspezifische Zusatzdokumentation)**

Zur Erfüllung der im KFRG; §65c SGB V und dem Bayerischen Krebsregistergesetz vom 07.03.2017 festgelegten Meldepflicht muss jede/r Ärztin/Arzt und jede meldepflichtige Person/Einrichtung die **von ihr/ihm durchgeführte** Diagnostik, Therapie und Nachsorge einer Krebserkrankung an das zuständige Regionalzentrum innerhalb von 2 Monaten melden. **Erkrankungsinformationen, die ein/e Ärztin/Arzt nur nachrichtlich erhält, sind nicht zu melden.**

### **Generelle Ausfüllhinweise**

Für die Meldevergütung durch die Krankenkassen sind folgende Angaben unbedingt notwendig:

**Patient:** Krankenversicherungsdaten (GKV/PKV/Beihilfe/Freie Heilfürsorge)

**Melder:** Institutionskennzeichen (IK) eines Krankenhauses **oder** die Kombination von lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) der/des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin/Arzt oder Zahnarzt Nummer. Eine Meldung wird vergütet, wenn sie die landesrechtlich vorgesehenen Mindestangaben enthält.

Haben Sie von Ihrem zuständigen Regionalzentrum des Bayerischen Krebsregisters bereits eine **Melder-ID** erhalten, genügt die Angabe dieser und Ihres Nachnamens für alle weiteren Meldungen.

Datumsangaben im Format tt.mm.jjjj

Sind Tag und Monat nicht genau bekannt, bitte mit jeweils 00 auffüllen

*Weitere Details s. „Meldebögen - Allgemeine Hinweise“*