

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Bayerisches Landesamt für
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit



Bayerisches Krebsregister

Einwilligung/Widerspruch der

Beihilfeberechtigt

nein

ja,

Beihilfe-/Personal-Nr.

Beihilfefestsetzungsstelle

Geburtsname

Frühere Namen

Nachsorgekalender Nr.

Land (falls Wohnort außerhalb Deutschlands)

Geschlecht

männlich

weiblich

divers

unbekannt

Patientin/des Patienten zur Datenspeicherung

Patient ist informiert und
hat nicht widersprochen

Patient hat
widersprochen

Meldung von Ärzten ohne
Patientenkontakt (z.B. Pathologie)

Ausnahme: Unterrichtung entfällt, da Patient
nicht über Krebserkrankung aufgeklärt

Modul Malignes Melanom

Erstdiagnosedatum

(tt.mm.jjjj)

Tumordiagnose

ICD-10 Code

ICD-10 Version

Tumorklassifikation

ICD-O-3 Code

ICD-O-3 Version

Seitenlokalisation

links

rechts

beidseitig

mittig

trifft nicht zu

unbekannt

Sicherheitsabstand Primärtumor

nicht zu beurteilen

kein Abstand

Abstand in mm (natürliche Zahl)

Tumordicke

mm

LDH

U/l

Ulzeration

Ja

Nein

Unbekannt

Anmerkungsfeld (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Melderdaten

Meldedatum

(tt.mm.jjjj)

Name

Melder-ID

Krankenhaus, Praxis, Institut

LANR/Zahnarzt-Nr.

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“