Anmeldeformular siehe:
www.kinderkrebsregister.de/dkkr/dokumentare/informationen-zur-dokumentation

Mit * markierte Felder sind Pflichtfelder (PatID, DKKR): _____ **Meldeidentifikation*** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Wird einmalig vom DKKR vergeben

Meldung an das Deutsche Kinderkrebsregister (DKKR)

Abt. Epidemiologie von Krebs im Kindesalter, Institut für Medizinische Biometrie,
Epidemiologie u. Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz

Bitte senden Sie das Formular an: Deutsches Kinderkrebsregister am IMBEI, 55101 Mainz

Telefon: 06131 / 17-6708 oder -7624
Meldeformular siehe: www.kinderkrebsregister.de/dkkr/dokumentare/informationen-zur-dok

Bitte nur dieses AKTUELLE Meldeformular verwenden.

Kliniksinterne Patienten ID* _____ **Krankenversichertennr.** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Patienten Stammdaten*
(Patientenetikett mit Adresse & Geburtsdatum)

Adresse zum Zeitpunkt der Erstdiagnose.

Geschlecht* |__| 1=männl., 2=weibl., 3=divers, 9=unbekannt

Frühere Namen _____

Wohnadresse bei Geburt _____

Adresse zum Zeitpunkt der Geburt.

_____

Im Ausland geboren: Geburtsland angeben.

Geburtsort (D)/Geburtsland _____

Zum Zeitpunkt der Erkrankung Hauptwohnsitz in Deutschland* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

Die schriftliche Einwilligung zur Datenverarbeitung durch das DKKR*

- ❑ liegt von Patient/Patientin vor (zwingend bei mindestens 16-Jährigen)
- ❑ liegt von der sorgeberechtigen Person vor
- ❑ liegt von Patient/Patientin und der sorgeberechtigen Person vor
- ❑ wurde verweigert
- ❑ wird baldmöglichst nachgereicht

Vorliegen der Einwilligung zur Datenverarbeitung bei jedem Meldeanlass angeben.

Seiten 1 und 2 ausfüllen.

Anlass dieser Meldung

❑ Diagnose ❑ Verlauf ❑ Tod

← Seiten 1 und 3 (jeweiligen → Abschnitt) ausfüllen.

Primärtumor* (Basisdaten zum Primärtumor immer ausfüllen - unabhängig vom Melde

Bei jedem Meldeanlass ausfüllen.

Erstdiagnosedatum |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Zu meldende Diagnosen siehe:
www.kinderkrebsregister.de/dkkr/dokumentare/informationen-zur-dokumentation

Das **früheste Datum**, an dem die Diagnose einer entsprechenden Krebserkrankung gestellt wurde (auch wenn noch nicht histologisch/zytologisch gesichert). Bei histologischer Sicherung bitte erneut eine Diagnosemeldung mit den entsprechenden Angaben schicken.

|__|__|__|.|__| **ICD Version** _____
Code

_____
Morphologie Klartext (Tumorart, Zelltyp, Dignität)

ICD-O-Morphologie |__|__|__|__|/|__| **ICD-O Version** _____
Code (nur Ziffern)

_____
Topographie Klartext

ICD-O-Topographie |C|__|__|.|__| **ICD-O Version** _____
Code

Seitenlokalisation

❑ links ❑ rechts ❑ beidseitig ❑ Mittellinie/mittig ❑ unbekannt ❑ trifft nicht zu

Patienteninitialien: _____ (PatID, DKKR): _____

Diagnose

Diagnosesicherung*

- ❑ klinisch (ohne spez. Diagnostik)
- ❑ klinische Diagnostik (inkl. bildgeb. Verfahren)
- ❑ spezifische Tumor-Marker
- ❑ Zytologie
- ❑ Histologie Primärtumor
- ❑ Histologie Metastase
- ❑ Histologie Autopsie
- ❑ zytogenet./molekularer Test
- ❑ unbekannt

Grading* _____

Register-/Studienteilnahme* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

Register-/Studienbezeichnung _____

Register-/Studien-ID (d. Patient/in) _____
falls bekannt

Bitte ja/nein/unbekannt ankreuzen. Wenn Register-/Studienteilnahme bekannt, dann bitte mindestens Register-/Studienbezeichnung angeben.

TNM Klassifikation (falls zutreffend)

Datum |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| (T T M M J J J J) Version |__|__|

Symbole (r/a/y/m) |_____| UICC-Stadium |_____|

T (inkl. Präfix c/p) |_____| N (inkl. Präfix c/p) |_____| M (inkl. Präfix c/p) |_____|

Fernmetastasen (falls zutreffend, bitte vollständig ausfüllen)

Datum* |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| (T T M M J J J J) Lokalisation* _____

Weitere Klassifikation, v.a. Toronto-Klassifikation gemäß TNM Klassifikation maligner Tumoren 8. Auflage, Kapitel zu pädiatrischen Tumoren (falls zutreffend, bitte mindestens Name und Einstufung/Stadium ausfüllen)

1. Datum |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| (T T M M J J J J) Name* _____ Einstufung/ Stadium* |___|

2. Datum |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| (T T M M J J J J) Name* _____ Einstufung/ Stadium* |___|

Genetische Variante (Tumor) (falls zutreffend, bitte vollständig ausfüllen)

Name* _____ Ausprägung* _____
(Mutation/Wildtyp/Po

Wenn genetische Variante des Tumors bekannt, dann bitte den Namen, z.B. TP53, und die Ausprägung, z.B. Mutation, angeben.

Krebsprädispositionssyndrom* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

Name _____

Zugrundeliegendes Gen _____

Bitte ja/nein/unbekannt ankreuzen. Wenn Krebsprädispositionssyndrom bekannt, dann bitte den Namen, z.B. Noonan-Syndrom, und das zugrundeliegende Gen, z.B. PTPN11, angeben.

Früherer Tumor (Angaben zu früheren Tumoren; falls genaue Angaben vorhanden, bitte eigenen Meldebogen zu diesem Tumor ausfüllen)

_____ |__|__|__|__| (J J J J)
1. Früherer Tumor (Diagnose Klartext/ICD)

_____ |__|__|__|__| (J J J J)
2. Früherer Tumor (Diagnose Klartext/ICD)

Hier bitte das Jahr der Diagnose des früheren Tumors angeben.

Patienteninitialien: _____ (PatID, DKKR): _____

Jegliche therapierelevante Änderung im Erkrankungsverlauf eintragen.
Solange sich Patient/in in klinischer Nachsorge befindet, auch bei keiner relevanten Änderung bitte einmal jährlich eine Statusmeldung senden.

Verlauf

Untersuchungsdatum* |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus* (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- ❑ Vollremission
- ❑ Teilremission
- ❑ keine Änderung
- ❑ divergentes Geschehen
- ❑ klinische Besserung des Zustandes
- ❑ Progression
- ❑ Beurteilung unmöglich
- ❑ Vollremission mit residualen Auffälligkeiten
- ❑ Rezidiv

Tumorstatus <u>Primärtumor</u> (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- ❑ kein Tumor nachweisbar
- ❑ Tumorreste (Residualtumor)
- ❑ Tumorreste (Residualtumor) Progress
- ❑ fraglicher Befund
- ❑ Lokalrezidiv
- ❑ Tumorreste (Residualtumor) No Change
- ❑ unbekannt

Tumorstatus <u>Lymphknoten</u> (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- ❑ kein Lymphknotenbefall nachweisbar
- ❑ neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
- ❑ bekannter Lymphknotenbefall Residuen
- ❑ fraglicher Befund
- ❑ bekannter Lymphknotenbefall Progress
- ❑ bekannter Lymphknotenbefall No Change
- ❑ unbekannt

Tumorstatus <u>Fernmetastasen</u> (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- ❑ keine Fernmetastasen nachweisbar
- ❑ neu aufgetretene Fernmetastasen
- ❑ Fernmetastasen Residuen
- ❑ fraglicher Befund
- ❑ Fernmetastasen Progress
- ❑ Fernmetastasen No Change
- ❑ unbekannt

Krebsprädispositionssyndrom* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

Name _____

Zugrundeliegendes Gen _____

Register-/Studienteilnahme* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

Register-/Studienbezeichnung _____

Register-/Studien-ID (d. Patient/in) _____
falls bekannt

Tod

Sterbedatum* |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Tod tumorbedingt* ❑ ja ❑ nein ❑ unbekannt

_____ ICD
Todesursache Klartext

Die Angaben zur Todesursache beziehen sich auf die zugrundeliegende Erkrankung, das Grundleiden.

Anmerkung

Fragen (für nicht datenschutzrelevante Daten) an:
info@kinderkrebsregister.de

_____ _____ _____
Name und Adresse des/der dokumentierenden Arztes/Ärztin (Klinikstempel)* **Datum*** **Unterschrift***