



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: <https://www.kinderkrebsregister.de/dkkkr/dokumentare/informationen-zur-dokumentation>

Kliniksinterne Patienten ID* _____

Krankenversichertenr. _____

Patienten Stammdaten*

(Patientenetikett mit Adresse & Geburtsdatum)

Geschlecht*

Frühere Namen _____

Wohnadresse bei Geburt _____

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 sorgeberechtigten Person vor
- liegt von Patient/Patientin und der sorgeberechtigten Person vor
- wurde verweigert
- wird baldmöglichst nachgereicht

Anlass dieser Meldung

Diagnose

Verlauf

Tod

Primärtumor* (Basisdaten zum Primärtumor immer ausfüllen - unabhängig vom Meldeanlass)

Erstdiagnosedatum _____

Zu meldende Diagnosen siehe:

www.kinderkrebsregister.de/dkkkr/dokumentare/informationen-zur-dokumentation

Tumordiagnose Klartext _____

ICD _____

Code

ICD Version _____

Morphologie Klartext (Tumorart, Zelltyp, Dignität) _____

ICD-O-Morphologie _____

Code (nur Ziffern) / _____

ICD-O Version _____

Topographie Klartext _____

ICD-O-Topographie C _____

Code

ICD-O Version _____

Seitenlokalisation

- links rechts beidseitig Mittellinie/mittig unbekannt trifft nicht zu

Diagnose

Diagnosesicherung*

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> klinisch (ohne spez. Diagnostik) | <input type="checkbox"/> Zytologie | <input type="checkbox"/> Histologie Autopsie |
| <input type="checkbox"/> klinische Diagnostik (inkl. bildgeb. Verfahren) | <input type="checkbox"/> Histologie Primärtumor | <input type="checkbox"/> zytogenet./molekularer Test |
| <input type="checkbox"/> spezifische Tumor-Marker | <input type="checkbox"/> Histologie Metastase | <input type="checkbox"/> unbekannt |

Grading* _____

Register-/Studienteilnahme* ja nein unbekannt

Register-/Studienbezeichnung _____

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

TNM Klassifikation (falls zutreffend)

Datum _____

Version |_____|

Symbole (r/a/y/m) |_____| T

UICC-Stadium |_____|

(inkl. Präfix c/p) |_____|

N (inkl. Präfix c/p) |_____|

M (inkl. Präfix c/p) |_____|

Fernmetastasen (falls zutreffend, bitte vollständig ausfüllen)

Datum* _____

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 _____ Name* _____ Einstufung/ Stadium* |_____|

2. Datum _____ Name* _____ Einstufung/ Stadium* |_____|

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

Name* _____

Ausprägung* _____
(Mutation/Wildtyp/Polymorph./Sonstiges/Nicht bestimmbar/Unbekannt)

Krebsprädispositionssyndrom* ja nein unbekannt

Name _____

Zugrundeliegendes Gen _____

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

1. Früherer Tumor (Diagnose Klartext/ICD) _____ Jahr _____

2. Früherer Tumor (Diagnose Klartext/ICD) _____ Jahr _____

Verlauf

Untersuchungsdatum* _____

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

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vollremission | <input type="checkbox"/> Teilremission | <input type="checkbox"/> keine Änderung |
| <input type="checkbox"/> divergentes Geschehen | <input type="checkbox"/> klinische Besserung des Zustandes | <input type="checkbox"/> Progression |
| <input type="checkbox"/> Beurteilung unmöglich | <input type="checkbox"/> Vollremission mit residualen Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> Rezidiv |

Tumorstatus Primärtumor (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- | | | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein Tumor nachweisbar | <input type="checkbox"/> Tumorreste (Residualtumor) Progress | <input type="checkbox"/> fraglicher Befund |
| <input type="checkbox"/> Tumorreste (Residualtumor) | <input type="checkbox"/> Tumorreste (Residualtumor) No Change | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Lokalrezidiv | | |

Tumorstatus Lymphknoten (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> kein Lymphknotenbefall nachweisbar | <input type="checkbox"/> bekannter Lymphknotenbefall Residuen | <input type="checkbox"/> fraglicher Befund |
| <input type="checkbox"/> neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv | <input type="checkbox"/> bekannter Lymphknotenbefall No Change | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> bekannter Lymphknotenbefall Progress | | |

Tumorstatus Fernmetastasen (bitte jeweils nur einen Punkt ankreuzen)

- | | | |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> keine Fernmetastasen nachweisbar | <input type="checkbox"/> Fernmetastasen Residuen | <input type="checkbox"/> fraglicher Befund |
| <input type="checkbox"/> neu aufgetretene Fernmetastasen | <input type="checkbox"/> Fernmetastasen No Change | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| <input type="checkbox"/> Fernmetastasen Progress | | |

Krebsprädispositionssyndrom* ja nein unbekannt

Name _____

Zugrundeliegendes Gen _____

Register-/Studienteilnahme* ja nein unbekannt

Register-/Studienbezeichnung _____

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

Tod

Sterbedatum* _____ Tod tumorbedingt* ja nein unbekannt

_____ ICD _____ ICD-Version _____
Todesursache Klartext Code

Anmerkung

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

Datum*

Unterschrift*