

Bitte den Klinischen Meldebogen gut leserlich ausfüllen

Bitte Versichertenkarte einlesen. Falls Sie das Feld per Hand ausfüllen, unbedingt Krankenversicherungsdaten angeben

Die Melderidentifikation wird bei Erstmeldung einmalig vom Krebsregister vergeben

Bitte informieren Sie den Patienten über die Meldung an das Krebsregister oder geben Sie einen Grund an, warum der Patient nicht informiert wird.

Bitte füllen Sie dieses Feld bei der ersten Meldung vollständig aus. Das Krebsregister vergibt dann einmalig eine eindeutige Identifikationsnummer, die wir Ihnen per E-Mail zusenden und mit der Sie in Zukunft melden.

Per E-Mail kontaktieren wir Sie nur bei wichtigen Informationen zum Meldeverfahren oder zu Informationsveranstaltungen des Krebsregisters

Bitte geben Sie den aktuellen Meldeanlass lt. §5 Abs.3 LKRG an und füllen Sie neben dem Feld "Primärtumor" das dem Anlass der Meldung entsprechende Feld auf S. 2-4 aus. Es sind mehrere Meldeanlässe möglich.

Das Feld "Primärtumor" bei jedem Meldeanlass ausfüllen

**Krebsregister Rheinland-Pfalz**

Bitte senden Sie den Meldebogen an: Krebsregister Rheinland-Pfalz gGmbH  
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz  
Telefon: +49 (0) 6131 17-4603

**Melder – bitte bei erstmaliger Meldung mit dem klinischen Meldebogen oder bei Änderung ausfüllen**

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis/Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Institutionskennzeichen Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_ Lebenslange Arztnummer (LA-NR): \_\_\_\_\_ Betriebsstätten Nummer (BS-NR): \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber/Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Bankinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Krankenkasse bzw. Kostenträger: \_\_\_\_\_ Privat:

Vorname, Nachname und Adresse des Versicherten: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Kassen-Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr.: \_\_\_\_\_ Arzt-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Patient ist über die Meldung unterrichtet:

Ja  Nein  Patient widerspricht der dauerhaften Speicherung seiner Identitätsdaten

Gründe für Nichtunterrichtung des Patienten:

mögl. gesundheitl. Nachteile  Patient ist verstorben  rein diagn. tät. Arzt/Ärztin

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Weiterer früherer Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  sonstiges/intersexuell  unbekannt

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Melderidentifikation: \_\_\_\_\_

Melderidentifikation falls vorhanden, sonst unbedingt Melderdaten ausfüllen (S. 4)

**Krebsregister Rheinland-Pfalz Klinischer Meldebogen**

Bitte den Anlass dieser Meldung ankreuzen:

Erstdiagnose  Verlauf  Tod

OP  Strahlentherapie  System. Therapie

Wichtige Schlüsselssysteme und Hinweise zum Umgang mit dem Meldebogen des Krebsregisters

**Komplikationen nach OP**

ABD Abszess in einem Drainagekanal	HZI Herzinsuffizienz	PAF Pankreasfistel
ABS Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	HRS Herzrhythmusstörungen	PT Pankreatitis
ASF Abszess, subfaszieller	HNA Hirnnervenausfälle	PAB Perianale Blutung
ANI Akute Niereninsuffizienz	HOP Hirnorganisches Psychosyndrom (z. B. „Durchgangssyndrom“)	PPA Periphere Parosie
AFP Alkoholentzugssychose	HYB Hyperbilirubinämie	PAW Peripherer arterieller Verschluss (Embolie, Thrombose)
ALR Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	HYF Hypopharynxfistel	PER Peritonitis
ANS Anaphylaktischer Schock	IFV Iliofemorale Venenthrombose	PLR Platzbauch
AEE Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	KAS Kardiogener Schock	PEY Pleuraempyem
API Apoplektischer Insult	KES Komplikationen einer Stomaanlage	PLE Pleuraerguss
BIF Biliäre Fistel	KIM Komplikation eines Implantates (Gefäßprothese, Tübelendprothese, Katheter), z. B. Dislokation	PMN Pneumonie
BÖG Blutung, obere gastrointestinale (z. B. „Stressulkus“)	KRA Krampfanfall	PNT Pneumothorax
BÖE Bilusverlegung eines Endotubus	KDS Kurzdarmsyndrom	PIA Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
BSI Bronchusstumpfsuffizienz	LEV Leberversagen	PAE Pulmonalarterienembolie
CH Cholangitis	LDE Lungenödem	RPA Rekurrensparese
DAI Darmanastomoseninsuffizienz	LYF Lymphfistel	RIN Respiratorische Insuffizienz
DPS Darmpassagestörungen (z. B. protrahierte Atonie, Subileus, Ileus)	LYE Lymphozele	SKI Septische Komplikation eines Implantates
DIC Disseminierte intravasale Koagulopathie	MES Magenerümpfung	SES Septischer Schock
DEP Drogenentzugssychose	MIL Mechanischer Ileus	SFH Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushalts
DLU Druck- und Lagegeschäden, z. B. Dekubitalulzera	MED Mediastinitis	STK Stomakomplikation (z. B. Blutung, Nekrose, Stenose)
DSI Duodenalstumpfsuffizienz	MAT Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	TZP Thrombozytopenie
ENF Enterale Fistel	MYI Myokardinfarkt	TIA TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
GER Gerinnungsstörung	NAB Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt	TRZ Transfusionszwischenfall
HEM Hämatemesis	NIN Nahrunginsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt	WIH Wundhämatom (konservativ therapiert)
HUR Hämaturie	OES Ösophagitis	WSS Wundheilungsstörung, subkutane
HAE Hämorrhagischer Schock	OSM Osteitis, Osteomyelitis	SON Sonstiges
HFI Hamfistel		
HNK Hautnekrose im Operationsbereich		

**Strahlentherapie - Zielgebiet**

„+“ steht für eine mitbestrahlte Lymphknotenregion, „-“ heißt, dass die zugehörige Lymphknotenregion nicht bestrahlt wurde. In der Liste wurde in Klammern „(+/-)“ aufgeführt, wo diese Angaben möglich (fakultativ) sind.

1. ZNS 1.1 Ganzhirn 1.2 Teilhirn 1.3 Neurochase	4. Abdomen (ohne Becken) mit/ohne Lymphknotenregion 4.1 Magen (+/-) 4.2 Pankreas (+/-) 4.3 Leber (+/-) 4.4 Milz (+/-) 4.5 Niere (+/-) 4.6 Nebenniere (+/-) 4.7 Retroperitoneale Lymphknoten (ohne Primärtumor) 4.8 Retroperitoneum (z. B. Sarkome) (+/-) 4.9 Bauchwand (z. B. Sarkome) (+/-)	6. Stütz-/Bewegungsapparat 6.1 Schädelknochen 6.2 Rippen 6.3 Sternum 6.4 HWS 6.5 BWS 6.6 LWS 6.7 knöchernes Becken 6.8 Hüfte 6.9 Achsel 6.10 Oberarm 6.11 Unterarm 6.12 Hand 6.13 Leiste 6.14 Oberschenkel 6.15 Unterschenkel 6.16 Fuß
2. Kopf - Hals mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor) 2.1 Orbita (+/-) 2.2 Nase/Nasennebenhöhle (+/-) 2.3 Mundhöhle (+/-) 2.4 Ohr (+/-) 2.5 Speicheldrüse (+/-) 2.6 Pharynx (+/-) 2.7 Larynx (+/-) 2.8 Schilddrüse (+/-) 2.9 Halslymphknoten (+/-) (ohne Primärtumor)	5. Becken mit/ohne Lymphknotenregion 5.1 Rektum (+/-) 5.2 Analbereich (+/-) 5.3 Harnblase (+/-) 5.4 Prostata (+/-) 5.5 Hoden (+/-) 5.6 Penis (+/-) 5.7 Uterus (+/-) 5.7.2 Zervix (+/-) 5.8 Ovar (+/-) 5.9 Vagina (+/-) 5.10 Vagina (+/-) 5.11 Beckenwand (+/-) 5.12 Beckenlymphknoten (ohne Primärtumor) (+/-)	7. Haut 7.1 Primärer Hauttumor (auch kutane Lymphome) 7.2 Hautmetastasen
3. Thorax mit/ohne Lymphknotenregion (in Verbindung mit jeweiligem Tumor) 3.1 Mamma als Ganzbrust (+/-) 3.2 Mamma als Teilbrust (+/-) 3.3 Brustwand (z. B. Rezidive n. Ablatio, Sarkome) 3.4 Lunge (+/-) 3.5 Ösophagus (+/-) 3.6 Thyreas (+/-) 3.7 Mediastinale Lymphknoten (ohne Primärtumor) 3.8 Axilläre Lymphknoten (ohne Primärtumor)		8. Sonstiges 8.1 Ganzkörperbestrahlung 8.2 Mantelfeldbestrahlung

**Strahlentherapie - Applikationsart**

P = perkutan (Teletherapie) / RC = Radiochemotherapie/Sensitizer

K = endokavitäre Kontakttherapie (Brachytherapie) / HDR = high dose rate therapy / PDR = pulsed dose rate therapy / LDR = low dose rate therapy

M = metabolische Therapie (Radioklide) / SIRT = Selektive Interne Radio-Therapie / PRRT = Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie

I = interstitielle Kontakttherapie (Brachytherapie) / HDR = high dose rate therapy / PDR = pulsed dose rate therapy / LDR = low dose rate therapy

S = Sonstiges

In diesem Meldebogen wird für Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten – dem gängigen Sprachgebrauch folgend – nur die männliche Bezeichnung verwendet, dabei sind Frauen jedoch stets eingeschlossen.

Die Ausfüllanleitung können Sie unter folgendem Link downloaden:  
[www.krebsregister-rlp.de/meldebogen](http://www.krebsregister-rlp.de/meldebogen)

**Primärtumor (Pflichtangabe bitte unbedingt ausfüllen)**

Erstdiagnosedatum: \_\_\_\_\_ ggf. nur Monat und Jahr bzw. nur Jahr Codierung optional:

Tumordiagnose: \_\_\_\_\_ ICD-10-GM \_\_\_\_\_

Tumorlokalisation: \_\_\_\_\_ ICD-O \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_

Tumorhistologie: \_\_\_\_\_ ICD-O \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Seitenlokalisation:  links  rechts  beidseitig  mittig  trifft nicht zu  unbekannt

**Erstdiagnose**

Diagnosesicherung: (höchste erreichte)  Histologie (Primärtumor)  Histologie (Metastase)  Zytologie  spez. Tumormarker  klinisch, spezifisch  klinisch, unspezifisch

Grading:  G1  G2  G3  G4  borderline  G0 (nur bei Malignem Melanom der Konjunktiva)

low (G1/G2)  intermed. (G2/G3)  high (G3/G4)  nicht bestimmbar  trifft nicht zu  unbekannt

**Tumorausbreitung bei Erstdiagnose:**

cTNM: u \_\_\_\_\_ T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ S\* \_\_\_\_\_ Datum - cTNM\*\*

pTNM: y/a \_\_\_\_\_ c/p \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ c/p \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ c/p \_\_\_\_\_ L \_\_\_\_\_ V \_\_\_\_\_ Ph \_\_\_\_\_ S\* \_\_\_\_\_ Datum - pTNM\*\*

UICC-Stadium: \_\_\_\_\_ oder andere Klassifikation (z. B. Ann Arbor, FAB o. ä.) \_\_\_\_\_ Datum - andere Klassifikation\*\*

**Lokalisation von Fernmetastasen bei Erstdiagnose:**

Lunge  Leber  Lymphknoten (nicht regionär)  Pleura  Nebennieren  andere Organe

Knochen  Hirn  Knochenmark  Haut  Peritoneum  generalisierte Metastasierung \_\_\_\_\_ Datum - Diagnose Fernmetastasen\*\*

**Leistungszustand nach ECOG / Karnofsky bei Erstdiagnose:**

0 / 90-100 %  1 / 70-80 %  2 / 50-60 %  3 / 30-40 %  4 / 10-20 %  unbekannt

Frühere Tumoren  ja  nein

wenn ja, welche und wann: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

**Erstdiagnose-Pflichtfelder**

- Art der Diagnosesicherung
- Angaben zum Tumorstadium (klinische Klassifikation, sofern anwendbar)
- Angaben zur Histologie/ Zytologie (sofern vorliegend)
- UICC-Stadium bitte ausfüllen, wenn vorhanden

u = Ultraschall  
m = multipel (Anzahl der Tumore in einem Organ angeben)  
y = nach Radio-/ Chemotherapie  
a = autoptisch  
c = klinisch  
p = pathologisch  
S = Serummarker

Bitte tragen Sie den Namen der Klassifikation und die Ausprägung ein

Dieses Datum bezieht sich nur auf andere Klassifikationen (Ann Arbor, FAB, Figo, WHO...)

Falls bekannt, bitte frühere Tumore angeben mit Erstdiagnosedatum und Tumordiagnose

Bitte Leistungszustand vor Primärtherapie angeben

**OP - Pflichtfelder**

- Tag der Operation
- Intention der OP
- Seitenangabe (sofern anwendbar)
- durchgeführte Prozeduren (sofern anwendbar)
- pTNM (bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen)
- Beurteilung des lokalen Residualstatus nach OP
- Gesamtbeurteilung Residualstatus nach Abschluss Primärtherapie

→ weiter mit:  
Feld Gesamtbeurteilung/  
Therapie

**OP**

Operationen: \_\_\_\_\_ OPS: 5- \_\_\_\_\_

OP-Datum (ggf. nur Monat und Jahr bzw. nur Jahr): \_\_\_\_\_ 5- \_\_\_\_\_

OP-Intention:  kurativ  palliativ  diagnost.  Revision/Komplikation  sonstiges  fehlende Angabe

befallene Lymphknoten (einschl. Sentinel) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ untersuchte Lymphknoten (einschl. Sentinel) \_\_\_\_\_

befallene Sentinel-Lymphknoten \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ untersuchte Sentinel-Lymphknoten \_\_\_\_\_

Komplikationen:  ja  nein  unbekannt

wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_

Beurteilung des lokalen Residualstatus nach Abschluss einer Operation:

R0 (kein Residualtumor)  R1 (mikroskop. Residualtumor)  R2 (makroskop. Residualtumor)  R1 [is] (in-situ-Rest)  R1 [cy+] (zytolog. Rest)  RX (Residualtumor nicht zu beurteilen)

**Strahlentherapie -Pflichtfelder**

- Beginn und Ende einer Strahlenbehandlung
- Zielgebiet
- Seite der Strahlentherapie bzw. deren Stellung zur durchgeführten Operation
- Applikationsart
- verabreichte Gesamtdosis pro Zielgebiet (sofern anwendbar)
- Gesamtbeurteilung Residualstatus nach Abschluss Primärtherapie (wenn beurteilbar)

→ weiter mit:  
Feld Gesamtbeurteilung/  
Therapie

**Strahlentherapie – bitte zusätzlich das Feld „Gesamtbeurteilung Therapie“ am Ende der Seite ausfüllen**

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ Ziel:  Primärtumor  Lymphknot.  Fernmet.  sonst.  unbekannt

Zielgebiet 1: \_\_\_\_\_ Zielgebietschlüssel s. Seite 4

Seite:  links  rechts  beidseits  mittig  unbekannt Einzeldosis: \_\_\_\_\_ Gesamtdosis: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Gy  GBq

Applikationsart: \_\_\_\_\_ Schlüssel Applikationsart s. Seite 4

Beginn: \_\_\_\_\_ Ende: \_\_\_\_\_ Ziel:  Primärtumor  Lymphknot.  Fernmet.  sonst.  unbekannt

Zielgebiet 2: \_\_\_\_\_ Zielgebietschlüssel s. Seite 4

Seite:  links  rechts  beidseits  mittig  unbekannt Einzeldosis: \_\_\_\_\_ Gesamtdosis: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Gy  GBq

Applikationsart: \_\_\_\_\_ Schlüssel Applikationsart s. Seite 4

Bestrahlungsintention:  kurativ  palliativ  sonstiges  keine Angabe

Stellung zur OP:  ohne Bezug zu einer operativen Therapie  adjuvant  neoadjuvant  intraoperativ  sonstiges

Strahlentherapie Ende – Grund:  reguläres Ende  Abbruch wg. Nebenwirk.  Patient verweigert Therapie  Abbruch wegen Progress  unbekannt  sonstige Gründe

Strahlentherapie Nebenwirkungen: \_\_\_\_\_ 100 \_\_\_\_\_ Grad\* \_\_\_\_\_

\* Schweregrad Nebenwirkung: K = keine/höchst. Grad 2, 3 = stark/ausgeprägt, 4 = lebensbedrohlich, 5 = tödlich, U = unbekannt

**Systemische Therapie -Pflichtfelder**

- Art, Beginn und Ende einer systemischen Therapie
- verabreichte Substanzen (sofern anwendbar)
- Anzahl Zyklen (sofern anwendbar)
- Intention der systemischen Therapie bzw. deren Stellung zur durchgeführten Operation (sofern anwendbar)
- Grund des Therapieendes
- Gesamtbeurteilung Residualstatus nach Abschluss Primärtherapie (wenn beurteilbar)

→ weiter mit:  
Feld Gesamtbeurteilung/  
Therapie

**Systemische Therapie (system./region. Chemotherapie) – bitte zusätzlich das Feld „Gesamtbeurteilung Therapie“ am Ende der Seite ausfüllen**

Beginn: \_\_\_\_\_ System. Th. Protokoll Abkürzung: (z. B. FEC, FOLFOX) \_\_\_\_\_

Ende: \_\_\_\_\_ System. Therapie Substanzen: (Handelsname oder Wirkstoff) \_\_\_\_\_

Therapieintention:  kurativ  palliativ  sonstiges  keine Angabe Anzahl der Zyklen: \_\_\_\_\_

Stellung zur OP:  ohne Bezug zu einer operativen Therapie  adjuvant  neoadjuvant  intraoperativ  sonstiges

Therapieart:  Chemotherapie  Hormontherapie  Immun- und Antikörpertherapie  zielgerichtete Substanzen Therapieart Freitext: \_\_\_\_\_

Knochenmarkstransplantation  Active Surveillance  Wait and see  sonstiges \_\_\_\_\_

Grund für Therapieende:  reguläres Ende  Abbruch wegen Nebenwirkung  Patient verweigert Therapie  Abbruch wegen Progress  unbekannt  sonstige Gründe

Systemische Therapie Nebenwirkungen: \_\_\_\_\_ 100 \_\_\_\_\_ Grad\* \_\_\_\_\_

\* Schweregrad Nebenwirkung: K = keine/höchst. Grad 2, 3 = stark/ausgeprägt, 4 = lebensbedrohlich, 5 = tödlich, U = unbekannt

**Gesamtbeurteilung Therapie**

Gesamtbeurteilung Residualstatus nach Abschluss Primärtherapie:

R0 (kein Residualtumor)  R1 (mikroskop. Residualtumor)  R2 (makroskop. Residualtumor)  R1 [is] (in-situ-Rest)  R1 [cy+] (zytolog. Rest)  RX (Residualtumor nicht zu beurteilen)

**Verlauf**

**Derzeitiger Befund:**

Untersuchungsdatum aktueller Verlauf: \_\_\_\_\_ ggf. nur Monat und Jahr bzw. nur Jahr

neuer TNM-Befund zum Zeitpunkt des aktuellen Verlaufs: \_\_\_\_\_ r/y/a c/p/u m c/p/u c/p/u l v Pn sL

UICC-Stadium: \_\_\_\_\_ oder andere Klassifikation (z. B. Ann Arbor, FAB o. ä.) \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Neuer histologischer Befund: \_\_\_\_\_ ICD-O M \_\_\_\_\_

**Tumorstatus Primärtumor:**

Kein Tumor nachweisbar  Tumorreste (Residualtumor)  Tumorreste Residualtumor No change  Tumorreste Residualtumor Progress  Lokalrezidiv  fraglicher Befund  unbekannt

**Tumorstatus Lymphknoten:**

Kein Lymphknotenbefall nachweisbar  Verbliebene Lymphknoten  Neu aufgetretene Lymphknotenrezidiv  Lymphknoten Residuen  Lymphknoten Progress  bekannter Lymphknotenbefall No change  fraglicher Befund  unbekannt

**Tumorstatus Fernmetastasen:**

Keine Fernmetastasen nachweisbar  Verbliebene Fernmetastase(n)  Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Rezidiv  Fernmet. Residuen  Fernmet. Progress  Fernmetastasen No change  fraglicher Befund  unbekannt

**Lokalisation von Fernmetastasen:**

Lunge  Leber  Lymphknoten (nicht regionär)  Pleura  Nebennieren  andere Organe  Knochen  Hirn  Knochenmark  Haut  Peritoneum  generalisierte Metastasierung

**Gesamtbeurteilung Tumorstatus:**

Vollremission (complete remission, CR)  Teilremission > 50% Rückgang (PR)  Keine Änderung (no change, NC) stable disease  Progression  Divergentes Geschehen  Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr)  klinische Besserung ohne Teilremission (minimal response, MR)  Beurteilung unmöglich

**Leistungszustand nach ECOG / Karnofsky:**

0 / 90-100 %  1 / 70-80 %  2 / 50-60 %  3 / 30-40 %  4 / 10-20 %  unbekannt

**Tumorkonferenz Typ:**

prätherapeutisch \_\_\_\_\_ Datum – Tumorkonferenz \_\_\_\_\_

postoperativ \_\_\_\_\_ Datum – Tumorkonferenz \_\_\_\_\_

posttherapeutisch \_\_\_\_\_ Datum – Tumorkonferenz \_\_\_\_\_

**Verlauf - Pflichtfelder**

- Untersuchungsdatum
- Angaben zum Untersuchungsanlass
- Tumorstatus: Primärtumor Lymphknoten Fernmetastasen
- Angaben zur Gesamtbeurteilung des Tumorstatus

Bitte Leistungszustand des Patienten zum aktuellen Anlass angeben

Wenn Patient verstorben ist, bitte Sterbedatum angeben und Grundleiden, falls bekannt

**Tod**

Sterbedatum: \_\_\_\_\_ Autopsie:  Ja  Nein Tod Tumorbedingt:  Ja  Nein  unbekannt

Todesursache (Grundleiden): \_\_\_\_\_ ICD-10 \_\_\_\_\_

**Anmerkung:**

\_\_\_\_\_