PatID (DKKR): |__|__|__|__|__|__| *MaligID (DKKR):* |__|__|__|__|__|__|

KREBS IM KINDES - UND JUGENDALTER - Verlaufsmeldung

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)
Deutsches Kinderkrebsregister (DKKR) – Abteilung Epidemiologie von Krebs im Kindesalter
am Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik (IMBEI), Universitätsmedizin Mainz

Bitte senden Sie das Formular an: Deutsches Kinderkrebsregister am IMBEI, 55101 Mainz
Telefon: 06131 / 17-6708 oder -7624, Homepage: www.kinderkrebsregister.de

Patientenetikett (mit Adressangabe & Geburtsdatum)

Frühere Namen: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Geschlecht: |__| 1 = männl., 2 = weibl., 3 = sonstiges, 9 = unbekannt

Versicherten-Nr.: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Verlauf zur Diagnose: _____

Register-/Studienteilnahme: _____

Register-/Studien-ID: _____

Datum letzter Patienten-Kontakt: |__|__|__|__|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Datum letzte Untersuchung: |__|__|__|__|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Erste Vollremission erreicht: ❑ Nein ❑ Ja: Datum: |__|__|__|__|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Auftreten eines ersten Ereignisses (*Rezidiv, Metastase, Lymphknotenbefall)* ❑ Nein ❑ Ja: Datum: |__|__|__|__|__|__|__|__|
T T M M J J J J

ggf weitere Register-/Studienteilnahme: ❑ Nein ❑ Ja: _____
Register-/Studienbezeichnung

Register-/Studien-ID: _____
Erwünscht, wenn verfügbar

Auftreten einer weiteren Neoplasie: ❑ Nein ❑ Ja: Datum: |__|__|__|__|__|__|__|__|
*Bitte für **jede** neue Neoplasie eine Erstmeldung ausfüllen und beilegen!* T T M M J J J J

Patient verstorben: ❑ Nein ❑ Ja: Datum: |__|__|__|__|__|__|__|__|
T T M M J J J J

Tumorbedingt verstorben: ❑ Nein ❑ Ja ❑ Unbekannt

Bemerkungen:

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