

# Erstmeldung Melanom

Tumorregister Tirol, Anichstr.35, A-6020 Innsbruck  
Tel.: 0512 / 504 – 22311, Telefax: 0512 / 504 - 6722316

**Angaben zum Patienten (Etikette):**

Familienname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Geschlecht:  männlich  weiblich  
PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
Straße/HausNr.: \_\_\_\_\_

**Anamnesedaten:**

pos.Fam.Anamn.  DNZ-Syindr.  Multiple Nävi  
 Sonnenbrände Hauttyp: I II III IV

**Tumordaten:**

Erstdiagnosestellung: 

Monat	Jahr
-------	------

  
Melanom ist:  Erst-Tu.  Zweitmal.  Meta  
Erst-Malignom (was/wann): \_\_\_\_\_  
Lokalisation:  Kopf  Gesicht  Hals  
 Brust  Bauch  Rücken  Gesäß  
 OA  UA  Hand  
 OS  US  Fuß  
 SH  Auge  Sonstige  
Lokalisation (Text):  
Seite:  Rechts  Links  
Klin. Tumorgröße (mm x mm): \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_  
Spez. Merkmale:  Regression  Ulceration  
Histologie:  
Histologie-Nr.: 

Jahr	Nummer
------	--------

  
Klassifikation:  SSM  NM  LMM  
 ALM  SH-M  Meta.  Sonst.  
Tumordicke (Breslow in mm): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
Clark-Level:  I  II  III  IV  V  
Stadium (UICC):  I (A/B)  II (A/B)  
 III  IV  
Spez. Merkmale:  
 Regression  Ulceration  Mel. auf Nävus

**Therapie:**

**Erst-OP:**

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
 OP in Klinik  OP auswärts  
 OP in toto  OP nicht i.t.  
Kl.Sicherheitsabstand(cm): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
**Zweit-OP:**

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
 OP Rest-Tu  Erweiterung SA  
Kl.Sicherheitsabstand(cm): \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
**Sent.LK-Biopsie:**  ja  nein  
wann: 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Histologie-Nr.: 

Jahr	Nummer
------	--------

  
Mikrometa:  ja  nein  
**LK-Dissektion:**

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Mikrometa:  ja  nein  
**Weitere Therapie:**  
 Adjuvant  Therapeut.  Palliativ  
 Chemoth.  Zytokine  Vakzination  
 Bestrahlung  Sonstige  keine

**Nachsorgekontrolle:**

Meldende Stelle  Klinik  
Nächste Kontrolle: 

Monat	Jahr
-------	------

**Meldende Stelle (Stempel):**

Name/Inst.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Datum: 

Tag	Monat	Jahr
-----	-------	------

  
Unterschrift: \_\_\_\_\_