

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. Tumorgroße (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: