

Krankenkasse/Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten		
		geb. am __ . __ . ____
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange Arztnr. / ZahnarztNr.	Datum:
Titel:		Namenszusatz:
Geburtsname:		Frühere Namen:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Divers	<input type="checkbox"/> Unbekannt

Information an das Klinische Krebsregister:
 Der Patient hat am __ . __ . ____ aktiv widersprochen.

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ Ort _____

Straße Haus-Nr. _____

Vor- u. Nachname _____

Melddatum: __ . __ . ____ **Unterschrift Arzt/Ärztin**
THERAPIEMELDUNG – OPERATION MAMMAKARZINOM & DCIS**Für zertifizierte Krebszentren:** Zentrumsfall/Primärfall Zentrumsfall/kein Primärfall Kein Zentrumsfall**Studienteilnahme** Ja

Einschlussdatum (wenn ja): __ . __ . ____

 Nein Unbekannt**Datum der klinischen Diagnose:** __ . __ . ____**Tumordiagnose (ICD-10):**

				.		
--	--	--	--	---	--	--

ICD-10-Version,

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

Tumorlokalisation (ICD-O):

C				.		
---	--	--	--	---	--	--

ICD-O-Version

nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Freitext: _____

 Links Rechts Beidseits**Datum der OP-Histologie:** __ . __ . ____

Histologie-Einsendenummer: _____

Morphologie (M-Code):

M					/	
---	--	--	--	--	---	--

 Nicht bestimmt

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading¹:

G ____

 Trifft nicht zu**Postoperative Tumorklassifikation**

Datum: __ . __ . ____

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: ____

y/r	c/p	T-Klass.	(m)	c/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
__	__	T__	__	__	N__	__	M__
L__	V__	Pn__	S__				

UICC-Stadium: ____

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation (Name): _____

Stadium: _____

¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

Fernmetastasen

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Leber | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Knochenmark |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Hirn | <input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär |
| <input type="checkbox"/> Knochen | <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Andere (OTH) |
| <input type="checkbox"/> Peritoneum | <input type="checkbox"/> Nebenniere | <input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung |

OP-Intention (I)

- ① Kurativ ② Palliativ ③ Diagnostisch ④ Revision/Komplikation ⑤ Nachresektion

I	Datum	Bezeichnung	OPS-Code

Komplikationen: Unbekannt Nein Ja, bitte angeben, welche:

Freitext oder Schlüssel¹

Schlüssel

Freitext oder Schlüssel ¹	Schlüssel

Untersuchte/befallene Lymphknoten _____ / _____

Davon untersuchte/befallene SN-Lymphknoten _____ / _____

Residualstatus (R-Status):**Lokaler R-Status**

OP-Präparat: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX U

Gesamt-R

bei Abschluss: R0 R1 R1(is) R1(cy+) R2 RX U

Tumorgroße invasives Karzinom (pathohistologisch):

(max. Durchmesser, bei mehreren Herden: größter)

_____ mm Nicht zu beurteilen

Tumorgroße DCIS (pathohistologisch):

(max. Durchmesser, bei mehreren Herden: größter)

_____ mm Nicht zu beurteilen

Hormonrezeptorstatus Östrogen

(postoperativ)

Positiv (IRS \geq 1, mind. 1 % pos. Kerne)

Negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron

(postoperativ)

Positiv (IRS \geq 1, mind. 1 % pos. Kerne)

Negativ

Her2neu Status

(postoperativ)

Positiv (d. h. IHC +++ oder IHC ++ und ISH pos.)

Negativ (d. h. IHC + oder IHC ++ und ISH neg.)

Präoperative Drahtmarkierung

Mammographisch gesteuert

Durch MRT gesteuert

Sonographisch gesteuert

Keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonographie

Mammographie

Sonographie

Nein

Genetische Variante		Bezeichnung: _____	
<input type="checkbox"/> Mutation/positiv	<input type="checkbox"/> Wildtyp/nicht mutiert/negativ	<input type="checkbox"/> Polymorphismus	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Nicht bestimmbar	<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Tumorkonferenz		Datum: __. __. ____	
Typ:	<input type="checkbox"/> Prätherapeutisch	<input type="checkbox"/> Postoperativ	<input type="checkbox"/> Posttherapeutisch
	<input type="checkbox"/> Therapieplanung ohne Tumorkonferenz		
Empfehlung²:			
<input type="checkbox"/> OP	<input type="checkbox"/> IM	<input type="checkbox"/> CIZ	<input type="checkbox"/> AS
<input type="checkbox"/> ST	<input type="checkbox"/> ZS	<input type="checkbox"/> IZ	<input type="checkbox"/> WS
<input type="checkbox"/> CH	<input type="checkbox"/> CI	<input type="checkbox"/> SZ	<input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> CZ	<input type="checkbox"/> WW	<input type="checkbox"/> KW
Abweichung auf Wunsch des Patienten:		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
		<input type="checkbox"/> Unbekannt	

Zusätzliche Kontakte			
Sozialdienst:	<input type="checkbox"/> Ja,	am: __. __. ____	<input type="checkbox"/> Nein
Psychoonkologische Beratung:	<input type="checkbox"/> Ja,	am: __. __. ____	<input type="checkbox"/> Nein

Körperlicher Leistungszustand:			
nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):			
<input type="checkbox"/> 0 (90-100%)	<input type="checkbox"/> 2 (50-60%)	<input type="checkbox"/> 4 (10-20%)	
<input type="checkbox"/> 1 (70-80%)	<input type="checkbox"/> 3 (30-40%)		

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

² Legende:

OP – Operation

ST – Strahlentherapie

CH – Chemotherapie

HO – Hormontherapie

IM – Immun-/ Antikörpertherapie

ZS – zielgerichtete Substanzen

CI – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie

CZ – Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ – Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

SZ – Stammzelltransplantation (inkl. Knochenmarktransplantation)

WW – Watchful Waiting

AS – Active Surveillance

WS – Wait and see

SO – Sonstiges

KW – keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen