

Krankenkasse/ Versicherungsname (incl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geb. am: _____

Kassen-Nr.: _____ Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsstätten-Nr.: _____ Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.: Datum: _____

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: _____

Bankdaten: liegen dem Krebsregister vor

Falls noch nicht bekannt oder **geändert**, bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.

Titel: _____ **Namenszusatz:** _____

Geburtsname: _____ **Frühere Namen:** _____

Geschlecht m w sonst./intersexuell unbek.

Bei privater Krankenversicherung:
 beihilfeberechtigt: ja nein

Beihilfestelle: _____ Beihilfenummer: _____

Diagnosemeldung Mammakarzinom/ DCIS

Tumordiagnose (ICD-10): [][][][] . [][] **Datum der klinischen Diagnose:** ____ . ____ . ____

Tumorlokalisation (ICD-O): [C][][][] . [][] links rechts beidseits Mittellinie trifft nicht zu unbek.

Histologie (M-Code): [M][][][][] / [][] **Datum Histologie:** ____ . ____ . ____

nicht bestimmt [M][][][][] / [][] **Histopathologisches Grading:** G ____ trifft nicht zu

Morphologie Freitext: _____

Prätherapeutischer Menopausenstatus

prämenopausal (inkl. perimenopausal)
 postmenopausal

<p>Hormonrezeptorstatus Östrogen</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ</p>	<p>Hormonrezeptorstatus Progesteron</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ</p>	<p>Her2neu Status</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos) <input type="checkbox"/> negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)</p>
---	--	--

<p>Präoperative Drahtmarkierung</p> <p><input type="checkbox"/> mammographisch gesteuert <input type="checkbox"/> sonographisch gesteuert <input type="checkbox"/> durch MRT gesteuert <input type="checkbox"/> keine Drahtmarkierung durch Bildgebung</p>	<p>Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie</p> <p><input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

<p>Tumorgroße invasives Karzinom (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)</p> <p>_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen</p>	<p>Tumorgroße DCIS (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)</p> <p>_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen</p>
--	--

<p>Sozialdienstkontakt</p> <p>Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>Studienrekrutierung</p> <p>Datum: ____ . ____ . ____ <input type="checkbox"/> nein</p>
--	--

Abschließende Angaben

<p>Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):</p>	<p>Meldedatum: ____ . ____ . ____</p> <p style="text-align: center;"> Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin </p>
---	--