

--	--

Information an das Klinische Krebsregister:	
<input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister vor	
Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Titel: _____	Namenszusatz: _____
Geburtsname: _____	Frühere Namen: _____
Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek.	
Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

Diagnosemeldung Mammakarzinom/ DCIS

Tumordiagnose (ICD-10): [][][][] . [][][]	Datum der klinischen Diagnose: ____ . ____ . ____
Tumorlokalisation (ICD-O): C [][][] . [][][]	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> Mittellinie <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbek.
Histologie (M-Code): M [][][][] / [][][]	Datum Histologie: ____ . ____ . ____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	Histopathologisches Grading: G ____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Morphologie Freitext: _____	

Prätherapeutischer Menopausenstatus		
<input type="checkbox"/> prämenopausal (inkl. perimenopausal)		
<input type="checkbox"/> postmenopausal		

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

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

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

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

Abschließende Angaben	
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):	Meldedatum: ____ . ____ . ____
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin