

Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)



Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

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

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztnr. / ZahnarztNr.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht  m  w  sonstiges  unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt:  ja  nein  nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:  Patient informiert  Patient nicht informiert  Patient verstorben

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

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

Tumordiagnose (ICD-10) Datum der klinischen Diagnose:

Tumorlokalisation (ICD-O): C  links  rechts  beidseits  Mittellinie  trifft nicht zu  unbekannt

Histologie (M-Code):  nicht bestimmt M / Datum Histologie:

Morphologie Freitext:

Histopathologisches Grading: G  trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus  prämenopausal (inkl. perimenopausal)  postmenopausal

Hormonrezeptorstatus Östrogen  positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)  negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron  positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)  negativ

Her2neu Status  positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)  negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)

Präoperative Drahtmarkierung  mammographisch gesteuert  sonographisch gesteuert  durch MRT gesteuert  keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie  Mammographie  Sonographie  nein

Tumorgröße invasives Karzinom (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter) mm  nicht zu beurteilen

Tumorgröße DCIS (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter) mm  nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt Datum:  nein

Studienrekrutierung Datum:  nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Melddatum: Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin