

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 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 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) Meldedatum: Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin