

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): <input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<i>M</i>									Datum Histologie: ____ . ____ . ____
	<i>M</i>									

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**