

Krankenkasse / Versicherungsname		Vertrags-Nr. (nur bei Privatversicherung angeben)	
Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Anschrift des Patienten			
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:	
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange ArztNr. / ZahnarztNr.:	Datum:	
Titel		Namenszusatz	
Geburtsname		Frühere Namen	
Geschlecht: männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> sonst./intersexuell <input type="checkbox"/> unbek. <input type="checkbox"/>			
Bei privater Krankenversicherung:			
beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beihilfestelle:		Beihilfenummer:	

Information an das Klinische Krebsregister:	
<input type="checkbox"/>	Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen
<input type="checkbox"/>	Patient wurde nicht informiert wg. möglicher gesundheitlicher Nachteile
<input type="checkbox"/>	Patient hat widersprochen
<input type="checkbox"/>	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	_____
Lebenslange Arzt-Nr.	_____ Zahnarzt-Nr. _____
Betriebsstätten Nr.	_____ Bei KH IK-Nr. _____
Bankdaten: <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder geändert , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom/ DCIS

Tumordiagnose (ICD-10)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	Datum der klinischen Diagnose:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Tumorlokalisierung (ICD-O):	C <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	<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 <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nicht bestimmt M <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> / <input type="text" value=""/>	Datum Histologie:	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
Morphologie Freitext:	_____		
Histopathologisches Grading:	G _____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu		

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="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein	Datum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	Meldedatum: <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>
	Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin