

<b>Krankenkasse / Versicherungsnummer</b> (incl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung):		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten		
		geb. am
		__ . __ . ____
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.:	Status:
Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange ArztNr. /ZahnarztNr.:	Datum:
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: _____

<b>Information an das Klinische Krebsregister:</b>	
<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	
<b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b> (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. _____
<b>Bankdaten:</b> <input type="checkbox"/> liegen dem Krebsregister mit Einverständniserklärung vor Falls noch nicht bekannt oder <b>geändert</b> , bitte separaten Erstmelderbogen nutzen.	

### Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom/ DCIS

<b>Tumordiagnose (ICD-10)</b>	_____ . _____	<b>Datum der klinischen Erstdiagnose:</b>	__ . __ . ____
<b>Tumorlokalisation (ICD-O):</b>	<b>C</b> _____ . _____	<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"/> unbekannt	
<b>Histologie (M-Code):</b>	<b>M</b> _____ / _____	<b>Datum Histologie:</b>	__ . __ . ____
<input type="checkbox"/> nicht bestimmt	<b>M</b> _____ / _____		
Morphologie Freitext: _____			
<b>Histopathologisches Grading:</b> G____ <input type="checkbox"/> trifft nicht zu			

<b>Prätherapeutischer Menopausenstatus</b>		
<input type="checkbox"/> prämenopausal (inkl. perimenopausal)		
<input type="checkbox"/> postmenopausal		
<b>Hormonrezeptorstatus Östrogen</b>	<b>Hormonrezeptorstatus Progesteron</b>	<b>Her2neu Status</b>
<input type="checkbox"/> positiv (IRS $\geq$ 1, mind. 1 % pos. Kerne)	<input type="checkbox"/> positiv (IRS $\geq$ 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)
<b>Präoperative Drahtmarkierung</b>	<b>Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie</b>	
<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		
<b>Tumorgröße invasives Karzinom (histopathologisch)</b>	<b>Tumorgröße DCIS (histopathologisch)</b>	
(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)	(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)	
_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen	_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen	
<b>Sozialdienstkontakt</b>	<b>Studienrekrutierung</b>	
Datum: __ . __ . ____ <input type="checkbox"/> nein	Datum: __ . __ . ____ <input type="checkbox"/> nein	

<b>Anmerkungen</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)	<b>Melddatum:</b> __ . __ . ____
	<b>Arztstempel oder Stempel der Meldestelle</b> <span style="float: right;"><b>Unterschrift Arzt/Ärztin</b></span>