

|  |                                |               |
|--|--------------------------------|---------------|
| <b>Krankenkasse / Versicherungsname</b> (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)  |                                |               |
| <b>Name, Vorname, Anschrift des Patienten</b>  |                                |               |
| _____ geb. am  |                                | _____         |
| _____  |                                | _____         |
| Kassen-Nr.   | Versicherten-/ Vertrags-Nr.    | Status        |
| Betriebsstätten-Nr.  | Lebenslange Arzt-/Zahnarzt-Nr. | Datum         |
| Titel  |                                | Namenszusatz  |
| Geburtsname  |                                | Frühere Namen |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt |                                |               |

|   |                              |
|---|------------------------------|
| <b>Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution</b> (ggf. Stempel, falls ausreichend):                            |                              |
| Meldestelle   | _____                        |
| Krankenhaus oder MVZ  | _____                        |
| Fachabteilung oder  | _____                        |
| Praxis PLZ, Ort   | _____                        |
| Straße, Hausnr.   | _____                        |
| Vor- u. Nachname  | _____                        |
| Lebenslange Arzt-Nr.  | _____ Zahnarzt-Nr. _____     |
| Betriebsstätten-Nr.   | _____ Bei KH IK-Nr. _____    |
| Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |                              |
| <b>Beihilfestelle:</b> _____  | <b>Beihilfenummer:</b> _____ |

## Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

|   |   |
|---|---|
| <b>Tumorzuordnung</b>                                   |   |
| <b>Tumordiagnose (ICD-10 GM):</b> [ ][ ][ ] . [ ]       | <b>Datum der klinischen Erstdiagnose:</b> _____   |
| <b>Tumorlokalisation (ICD-O3):</b> [ C ][ ][ ] . [ ][ ] | <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts (bei beidseitigem Auftreten bitte einen weiteren Meldebogen verwenden) |
| <b>Histologie (M-Code):</b> [ M ][ ][ ][ ] / [ ]        | <b>Grading:</b> _____ <b>Datum:</b> _____   |
| <input type="checkbox"/> nicht bestimmt                 |   |

|  |
|--|
| <b>Diagnosemeldung</b>   |
| <b>Prätherapeutischer Menopausenstatus:</b><br><input type="checkbox"/> prämenopausal (inkl. perimenopausal)<br><input type="checkbox"/> postmenopausal                    |
| <b>Hormonrezeptorstatus Östrogen:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (IRS > 1, mind. 1% pos. Kerne)<br><input type="checkbox"/> negativ                               |
| <b>Hormonrezeptorstatus Progesteron:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (IRS > 1, mind. 1% pos. Kerne)<br><input type="checkbox"/> negativ                            |
| <b>Her2neu Status:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)<br><input type="checkbox"/> negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH pos) |

|  |
|--|
| <b>OP-Meldung</b>  |
| <b>Präoperative Drahtmarkierung:</b><br><input type="checkbox"/> mammographisch gesteuert <input type="checkbox"/> durch MRT gesteuert<br><input type="checkbox"/> sonographisch gesteuert <input type="checkbox"/> keine Drahtmarkierung durch Bildgebung |
| <b>Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie:</b><br><input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>Tumorgroße invasives Karzinom (histopathologisch)</b><br>(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)<br>_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen  |
| <b>Tumorgroße DCIS (histopathologisch)</b><br>(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)<br>_____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen  |
| <b>Hormonrezeptorstatus Östrogen:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (IRS > 1, mind. 1% pos. Kerne)<br><input type="checkbox"/> negativ   |
| <b>Hormonrezeptorstatus Progesteron:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (IRS > 1, mind. 1% pos. Kerne)<br><input type="checkbox"/> negativ  |
| <b>Her2neu Status:</b><br><input type="checkbox"/> positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)<br><input type="checkbox"/> negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH pos)   |

|  |
|--|
| <b>Anmerkungen:</b> (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind) |
|  |

|           |                       |
|-----------|-----------------------|
| _____     | _____                 |
| Melddatum | Unterschrift/Signatur |