

Krankenkasse / Versicherungsname (inkl. Vertrags-Nr. bei Privatversicherung)		
Name, Vorname, Anschrift des Patienten		
_____ 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		

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (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	
Beihilfestelle: _____	Beihilfenummer: _____

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

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

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

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

Anmerkungen: (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

_____	_____
Melddatum	Unterschrift/Signatur