

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

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