

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)	□□□.□	Datum der klinischen Diagnose:	□□.□□.□□□□
Tumorlokalisierung (ICD-O):	C □□□.□□	<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="checkbox"/> nicht bestimmt M □□□□□ / □	Datum Histologie:	□□.□□.□□□□
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 <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 neg)
---	--	---

Präoperative Drahtmarkierung <input type="checkbox"/> mammographisch gesteuert <input type="checkbox"/> sonographisch gesteuert <input type="checkbox"/> durch MRT gesteuert <input type="checkbox"/> keine Drahtmarkierung durch Bildgebung	Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> Sonographie <input type="checkbox"/> nein
---	---

Tumorgöße invasives Karzinom (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter) _____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen	Tumorgöße DCIS (pathohistologisch) (max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter) _____ mm <input type="checkbox"/> nicht zu beurteilen
--	--

Sozialdienstkontakt Datum: □□.□□.□□□□ <input type="checkbox"/> nein	Studienrekrutierung Datum: □□.□□.□□□□ <input type="checkbox"/> nein
---	---

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind) 	Meldedatum: □□.□□.□□□□ Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin
---	--