Bei Privatversicherung: Versicherungsname u. Vertrags-Nr. eintragen.

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 ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung:
beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein Beihilfenummer:

Beihilfestelle: _____ _____

Klinisches Krebsregister Thüringen

Information des Patienten über die Tumormeldung:

- ☐ Patient wurde über die Meldung informiert, kein Widerspruch
- ☐ Ausnahme: Patient nicht informiert wegen möglicher gesundh. Nachteile
- ☐ Keine Info, da Patient verstorben
- ☐ Widerspruch d. Patienten gegen dauerhafte Speicherung der Identdaten

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution: (ggf. Stempel, falls ausreichend)

Melder-ID (vom KKRT vergeben):

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung o. Praxis:

PLZ, Ort:

Straße, Haus-Nr.:

Vor- u. Nachname:

Lebenslange Arzt-Nr.: Zahnarzt-Nr.:

Betriebsstätten-Nr.: Bei KH IK-Nr.:

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom/ DCIS

Tumordiagnose (ICD-10) ☐☐☐.☐

Tumorlokalisation (ICD-O): C☐☐.☐☐

Datum der klinischen Diagnose: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbek.

Histologie (M-Code): *M*☐☐☐☐/☐

☐ nicht bestimmt *M*☐☐☐☐/☐

Datum Histologie: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading: G____ ☐ trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus

- ☐ prämenopausal (inkl.perimenopausal)
- ☐ postmenopausal

Hormonrezeptorstatus Östrogen

- ☐ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos.Kerne)
- ☐ negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron

- ☐ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos.Kerne)
- ☐ negativ

Her2neu Status

- ☐ positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)
- ☐ negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)

Präoperative Drahtmarkierung

- ☐ mammographisch gesteuert
- ☐ sonographisch gesteuert
- ☐ durch MRT gesteuert
- ☐ keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie

- ☐ Mammographie
- ☐ Sonographie
- ☐ nein

Tumorgröße invasives Karzinom (pathohistologisch)
(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Tumorgröße DCIS (pathohistologisch)
(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt
Datum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ☐ nein

Studienrekrutierung
Datum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ☐ nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle

Unterschrift Arzt/Ärztin