

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): nicht bestimmt M /

Datum Histologie:

Morphologie Freitext: _____

Histopathologisches Grading: G _____ trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus

prämenopausal (inkl. perimenopausal)
 postmenopausal

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Hormonrezeptorstatus Östrogen</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ</p> | <p>Hormonrezeptorstatus Progesteron</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne) <input type="checkbox"/> negativ</p> | <p>Her2neu Status</p> <p><input type="checkbox"/> positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos) <input type="checkbox"/> negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)</p> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sozialdienstkontakt</p> <p>Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein</p> | <p>Studienrekrutierung</p> <p>Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein</p> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum:

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**