

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Vorname, Nachname und Adresse des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertrauensstelle Bremer Krebsregister, Kassenärztliche Vereinigung
Bremen, Achterstr. 30, 28359 Bremen, Tel: +49 (0)421 218-56999

Stempel und Unterschrift des meldenden Arztes

Zusatzmodul: Mammakarzinom

Erstdiagnose

Prätherapeutischer Menopausenstatus:

- Prämenopausal/ Perimenopausal
 Postmenopausal
 Unbekannt

Hormonrezeptorstatus:

Östrogen Positiv (IRS>=1) Negativ Unbekannt

Progesteron Positiv (IRS>=1) Negativ Unbekannt

Eine Bewertung als „IRS positiv“ setzt mindestens 1 % positive Kerne voraus

HER2neu-Status:

- Positiv Negativ Unbekannt

Positiv bedeutet: ICH +++ oder ICH ++ und ISH (FISH, CISH) positiv

OP

Präoperative

Drahtmarkierung durch Bildgebung gesteuert:

- Mammografie Sonografie MRT Keine Drahtmarkierung durch Bildgebung Unbekannt

Intraoperative

Präpararöntgen/ Sonografie:

- Mammografie Sonografie Nein Unbekannt

Tumorgröße:

Invasives Karzinom

Maximaler Durchmesser
 mm

- Kein invasives Karzinom Nicht zu beurteilen

DCIS

mm

- Kein DCIS oder invasiver Anteil vorhanden Nicht zu beurteilen

Weitere Angaben

Datum des ersten

Sozialdienstkontaktes im Rahmen der Erst- oder Rezidivbehandlung:

. .

- Nein – kein Kontakt Unbekannt

Datum der

Studienrekrutierung (Teilnahme an einer Studie mit Ethikvotum):

. .

- Keine Studienteilnahme Unbekannt