

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1
Original für die
Krankenkasse

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

025A-H

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

Erstmanifestation Primärtumor
(Datum histologischer Nachweis)

Lokoregionäres Rezidiv
(Datum histologischer Nachweis)

Manifestation kontralateraler Brustkrebs
(Datum histologischer Nachweis)

Fernmetastasen erstmals gesichert
(Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust Rechts Links Beidseits

Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich) Stanzbiopsie Vakuumunterstützte Mammabiopsie Offene Biopsie Mammographie Sonographie Andere

Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen OP geplant OP nicht geplant Postoperativ

Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich) BET Mastektomie Sentinel-Lymphknoten-Biopsie Axilläre Lymphonodektomie Anderes Vorgehen Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT Tis 0 1 2 3 4 X Keine OP

pN 0 1 2 3 X Keine OP

M 0 1 X

Grading 1 2 3 Unbekannt

Resektionsstatus R0 R1 R2 Unbekannt Keine OP

Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) Positiv Negativ Unbekannt

Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten <10 ≥10

Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten negativ 1-3 ≥4 Unbekannt

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Chemotherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Endokrine Therapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Intramammär Thoraxwand Axilla

Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Präoperativ Exzision Mastektomie Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Anderes Vorgehen Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Leber Lunge Knochen Andere

Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem Ja Nein

Systematische Tumorschmerztherapie Ja Nein Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt Ja Nein Abgelehnt

Gepantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

025A_H

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

Erstmanifestation Primärtumor
(Datum histologischer Nachweis)

Lokoregionäres Rezidiv
(Datum histologischer Nachweis)

Manifestation kontralateraler Brustkrebs
(Datum histologischer Nachweis)

Fernmetastasen erstmals gesichert
(Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust Rechts Links Beidseits

Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich) Stanzbiopsie Vakuumunterstützte Mammabiopsie Offene Biopsie Mammographie
 Sonographie Andere

Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen OP geplant OP nicht geplant Postoperativ

Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich) BET Mastektomie Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
 Axilläre Lymphonodektomie Anderes Vorgehen Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT Tis 0 1 2 3 4 X Keine OP

pN 0 1 2 3 X Keine OP

M 0 1 X

Grading 1 2 3 Unbekannt

Resektionsstatus R0 R1 R2 Unbekannt Keine OP

Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) Positiv Negativ Unbekannt

Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten <10 ≥10

Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten negativ 1-3 ≥4 Unbekannt

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Chemotherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Endokrine Therapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Intramammär Thoraxwand Axilla

Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Präoperativ Exzision Mastektomie Strahlentherapie
 Chemotherapie Endokrine Therapie Anderes Vorgehen Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Leber Lunge Knochen Andere

Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem Ja Nein

Systematische Tumorschmerztherapie Ja Nein Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt Ja Nein Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Erst-Dokumentation Brustkrebs

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

025A_H

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung *Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.*

Erstmanifestation Primärtumor
(Datum histologischer Nachweis)

Lokoregionäres Rezidiv
(Datum histologischer Nachweis)

Manifestation kontralateraler Brustkrebs
(Datum histologischer Nachweis)

Fernmetastasen erstmals gesichert
(Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust Rechts Links Beidseits

Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich) Stanzbiopsie Vakuumunterstützte Mammabiopsie Offene Biopsie Mammographie
 Sonographie Andere

Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen OP geplant OP nicht geplant Postoperativ

Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich) BET Mastektomie Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
 Axilläre Lymphonodektomie Anderes Vorgehen Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT Tis 0 1 2 3 4 X Keine OP

pN 0 1 2 3 X Keine OP

M 0 1 X

Grading 1 2 3 Unbekannt

Resektionsstatus R0 R1 R2 Unbekannt Keine OP

Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron) Positiv Negativ Unbekannt

Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten <10 ≥10

Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich) Keine Sentinel-Lymphknoten negativ 1-3 ≥4 Unbekannt

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Chemotherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Endokrine Therapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Intramammär Thoraxwand Axilla

Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Präoperativ Exzision Mastektomie Strahlentherapie
 Chemotherapie Endokrine Therapie Anderes Vorgehen Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich) Leber Lunge Knochen Andere

Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem Ja Nein

Systematische Tumorschmerztherapie Ja Nein Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt Ja Nein Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes