

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

# Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1  
Original für die  
Krankenkasse

Arztwechsel      DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

026A4

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

## Einschreibung erfolgte wegen

- Primärtumor       Lokoregionäres Rezidiv  
 Kontralateraler Brustkrebs       Fernmetastasen

## Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

- Adjuvante Therapie abgeschlossen**       Ja       Nein  
**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

## Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

- Manifestation lokoregionäres Rezidiv**  
 (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein  
 Intramammär       Thoraxwand       Axilla
- Manifestation kontralateraler Brustkrebs**  
 (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein
- Manifestation von Fernmetastasen**  
 (Datum der Diagnosesicherung)  
 (Mehrfachnennungen möglich)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein  
 Leber     Lunge     Knochen       Andere
- Lymphödem**       Ja       Nein

## Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

- Aktueller Behandlungsstatus**       Vollremission       Teilremission       No change       Progress
- Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs**  
 (Mehrfachnennungen möglich)       Präoperativ       Exzision       Mastektomie       Strahlentherapie  
 Chemotherapie       Endokrine Therapie       Anderes Vorgehen       Keine
- Therapie der Fernmetastasen**  
 (Mehrfachnennungen möglich)       Operativ     Strahlentherapie       Chemotherapie       Endokrine Therapie       Andere     Keine
- Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen**       Ja       Nein       Kontraindikation

## Sonstige Beratung und Behandlung

- Systematische Tumorschmerztherapie**       Ja       Nein       Nicht erforderlich
- Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt**       Ja       Nein       Nicht erforderlich
- Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt**       Ja       Nein       Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

T  T  M  M  J  J  J  J  
(optionales Feld)

Datum

T  T  M  M  J  J  J  J

Unterschrift des Arztes

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

# Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 2  
Durchschrift für den  
ausstellenden Arzt

Arztwechsel      DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

026A4

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung erfolgte wegen**

Primärtumor       Lokoregionäres Rezidiv

Kontralateraler Brustkrebs       Fernmetastasen

**Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs**

Adjuvante Therapie abgeschlossen       Ja       Nein

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

**Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse**

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Intramammär       Thoraxwand       Axilla

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Leber       Lunge       Knochen       Andere

Lymphödem       Ja       Nein

**Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)**

Aktueller Behandlungsstatus       Vollremission       Teilremission       No change       Progress

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)       Präoperativ       Exzision       Mastektomie       Strahlentherapie

Chemotherapie       Endokrine Therapie       Anderes Vorgehen       Keine

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

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen       Ja       Nein       Kontraindikation

**Sonstige Beratung und Behandlung**

Systematische Tumorschmerztherapie       Ja       Nein       Nicht erforderlich

Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt       Ja       Nein       Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt       Ja       Nein       Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung       T  T  M  M  J  J  J  J  
(optionales Feld)

Datum       T  T  M  M  J  J  J  J

Unterschrift des Arztes

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

# Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 3  
Durchschrift für den  
Versicherten

Arztwechsel      DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)

026A4

Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

**Einschreibung erfolgte wegen**

Primärtumor       Lokoregionäres Rezidiv

Kontralateraler Brustkrebs       Fernmetastasen

**Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs**

Adjuvante Therapie abgeschlossen       Ja       Nein

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

**Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse**

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Intramammär       Thoraxwand       Axilla

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)       T  T  M  M  J  J  J  J      oder  Nein

Leber       Lunge       Knochen       Andere

Lymphödem       Ja       Nein

**Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)**

Aktueller Behandlungsstatus       Vollremission       Teilremission       No change       Progress

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)       Präoperativ       Exzision       Mastektomie       Strahlentherapie

Chemotherapie       Endokrine Therapie       Anderes Vorgehen       Keine

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

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen       Ja       Nein       Kontraindikation

**Sonstige Beratung und Behandlung**

Systematische Tumorschmerztherapie       Ja       Nein       Nicht erforderlich

Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt       Ja       Nein       Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt       Ja       Nein       Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung       T  T  M  M  J  J  J  J  
(optionales Feld)

Datum       T  T  M  M  J  J  J  J

Unterschrift des Arztes