

Krankenkasse <hr/> Name, Vorname, (Geburtsname), Anschrift des Patienten <p style="text-align: right;">geb. am _____</p> <hr/> Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status <hr/> Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum <hr/> Studienteilnahme <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Therapie nach Leitlinie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tumorkonf. postoperativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Tumorkonf. Rezidiv/Met. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<h2 style="margin: 0;">Mammakarzinom / DCIS - Therapie</h2> <p style="margin: 0;">(bds. getrennt erfassen, keine Systemerkrankungen)</p>
	<p>Anlass der Dokumentation</p> <input type="checkbox"/> Primärerkrankung <input type="checkbox"/> Zweittumor <input type="checkbox"/> Lokoreg. Rezidiv <input type="checkbox"/> Metastasierung
	<p>Therapieintention <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ</p>
	<p>Bei Rezidiv/Metastase Datum Erstdiagnose: _____ Bisherige Therapie / Wo? _____ _____ _____</p>
	<p>Psychoonkologische Betreuung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> abgel. Sozialdienst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Operation _____ (wo) Datum _____ OPS _____ Operateur _____</p> <p>BET <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Wunsch</p> <p>(Intraop.) Präparateradio/sonographie (nach Markierung) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Nachresektion _____ <input type="checkbox"/> 2. Nachresektion _____</p> <p>Ablatio <input type="checkbox"/> Indikation <input type="checkbox"/> Wunsch</p> <p>Sentinel-LK _____</p> <p>Sn-Detektion (nach Markierung) <input type="checkbox"/> Sn intraop. gefunden <input type="checkbox"/> Sn intraop. nicht gefunden</p> <p>Axilladissektion (Level I+II) _____ <input type="checkbox"/> nein _____</p> <p>Brustrekonstruktion _____ <input type="checkbox"/> sekundär gepl.</p> <p>Thoraxwand-OP (z.B. Rezidiv) _____</p> <p>Revisions-OP (eigenständiger Eingriff, nicht Serom) _____ Anzahl: _____ Grund: <input type="checkbox"/> Nachblutung <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> andere</p> <p>Postop. Komplikationen <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>Pathologie Praxis / Institut: _____ Datum _____</p> <p>pTNM pT _____ (____) N _____ (____) M _____ (____), G _____ L _____ V _____ Pn _____, R _____ <small>(r/y) m (c/p) (sn) (c/p) (Lok. Fernmetastasen) (1-3) (0,1) (0-2) (0,1) (lokal)</small></p> <p>R1, warum: <input type="checkbox"/> nicht weiter resektabel <input type="checkbox"/> Komorbiditäten <input type="checkbox"/> Patn. wünscht keine Nachresektion</p> <p>Sn-LK (untersucht / befallen) _____ / _____ Axilla-Lymphknoten (untersucht / befallen) _____ / _____</p> <p>Invasives Karzinom M- _____ /3 TM-Größe _____ mm Min. SR _____ mm <input type="checkbox"/> extensiv intradukt. Komponente (> 25%) <input type="checkbox"/> Invasionsfront überschreitend</p> <p>Nicht invasives Karzinom M- _____ /2 TM-Größe _____ mm Min. SR _____ mm WHO-Grading DCIS: <input type="checkbox"/> low grade <input type="checkbox"/> intermediate grade <input type="checkbox"/> high</p>	<p>uPA / PAI-1 (global)</p> <p><input type="checkbox"/> niedrig / low risk (negativ) <input type="checkbox"/> hoch / high risk (positiv)</p>
<p><input type="checkbox"/> Bestrahlung Wo _____ Stellung N= neoadjuvant P= primär/palliativ A= adjuvant <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> abgelehnt</p> <p>von: _____ bis: _____</p> <p>Art <input type="checkbox"/> perkutan <input type="checkbox"/> Brachytherapie</p> <p>Ziel <input type="checkbox"/> Mamma/BW GD _____ Gy ED _____ Gy <input type="checkbox"/> Teilbrust (inkl. Boost) GD _____ Gy ED _____ Gy <input type="checkbox"/> Lymphabfluss <input type="checkbox"/> supra/infra <input type="checkbox"/> Axilla <input type="checkbox"/> Fernmetastase GD _____ Gy ED _____ Gy</p> <p>Nebenwirkungen ≥ III. Grades</p> <p>_____</p> <p>Reguläres Ende (volle Dosis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>	<p>System. Therapie Wo _____ Stellung N= neoadjuvant P= primär/palliativ A= adjuvant</p> <p><input type="checkbox"/> Antihormonelle Therapie <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> abgelehnt Beginn: _____ Wirkstoff _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> abgelehnt von: _____ bis: _____ Schema _____</p> <p><input type="checkbox"/> Immuntherapie/AK <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> abgelehnt von: _____ bis: _____ Wirkstoff _____</p> <p>Nebenwirkungen ≥ III. Grades</p> <p>_____</p> <p>Reguläres Ende (volle Dosis) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
Andere Therapie: _____ <input type="checkbox"/> Nachsorge <input type="checkbox"/> Hospiz	
Bemerkung: _____ _____	
<p>Einwilligung für Klinisches Krebsregister liegt vor: <input type="checkbox"/> ja Datum: _____ Meldung Epidemiologisches Krebsregister: <input type="checkbox"/> Pat. wurde unterrichtet <input type="checkbox"/> Pat. wurde nicht unterrichtet</p> <p>Weiterbeh./nachsorgender Arzt: _____</p> <p>Hausarzt: _____</p>	
Datum 22. Oktober, 2010 Meldender Arzt / Stempel	