

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
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

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

Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits
Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> BET	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT	<input checked="" type="checkbox"/> Tis	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
pN		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
M		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1				<input checked="" type="checkbox"/> X	
Grading			<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	
Resektionsstatus		<input checked="" type="checkbox"/> R0	<input checked="" type="checkbox"/> R1	<input checked="" type="checkbox"/> R2		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP	
Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)		<input checked="" type="checkbox"/> Positiv		<input checked="" type="checkbox"/> Negativ		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		
Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten		<input checked="" type="checkbox"/> <10	<input checked="" type="checkbox"/> ≥10			
Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ		<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> ≥4	<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen
			<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere
Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Operativ	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Systematische Tumorschmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Nicht erforderlich
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> 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 3)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

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

Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Beidseits
Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input type="checkbox"/> Offene Biopsie
	<input type="checkbox"/> Sonographie	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Mammographie
Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	<input type="checkbox"/> OP geplant	<input type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input type="checkbox"/> Postoperativ
Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> BET	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input type="checkbox"/> Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Keine OP
pN		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Keine OP
M		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				<input type="checkbox"/> X	
Grading			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> Unbekannt	
Resektionsstatus		<input type="checkbox"/> R0	<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2		<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Keine OP	
Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)		<input type="checkbox"/> Positiv		<input type="checkbox"/> Negativ		<input type="checkbox"/> Unbekannt		
Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten		<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> ≥10			
Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ		<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> ≥4	<input type="checkbox"/> Unbekannt		

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Intramammär	<input type="checkbox"/> Thoraxwand	<input type="checkbox"/> Axilla
Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Präoperativ	<input type="checkbox"/> Exzision	<input type="checkbox"/> Mastektomie
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Anderes Vorgehen
		<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Leber	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Knochen	<input type="checkbox"/> Andere
Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Operativ	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Endokrine Therapie
	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Keine		
Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kontraindikation	

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Systematische Tumorschmerztherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Nicht erforderlich
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> 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)

021A4

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

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

Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Betroffene Brust	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits
Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> BET	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP

Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

pT	<input checked="" type="checkbox"/> Tis	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input checked="" type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
pN		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> X	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
M		<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1				<input checked="" type="checkbox"/> X	
Grading			<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	
Resektionsstatus		<input checked="" type="checkbox"/> R0	<input checked="" type="checkbox"/> R1	<input checked="" type="checkbox"/> R2		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP	
Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)		<input checked="" type="checkbox"/> Positiv		<input checked="" type="checkbox"/> Negativ		<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		
Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten		<input checked="" type="checkbox"/> <10	<input checked="" type="checkbox"/> ≥10			
Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ		<input checked="" type="checkbox"/> 1-3	<input checked="" type="checkbox"/> ≥4	<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt		

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen
			<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Keine

Befunde und Therapie Fernmetastasen

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere
Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Operativ	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie
			<input checked="" type="checkbox"/> Andere	<input checked="" type="checkbox"/> Keine
Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	

Sonstige Beratung und Behandlung

Lymphödem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	
Systematische Tumorschmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Nicht erforderlich
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Abgelehnt

Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung

(optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes