

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
Datenannahmestelle

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-**IK**

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

022A4

Die dunkel hinterlegten 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) oder Nein
 Intramammär Thoraxwand Axilla
- Manifestation kontralateraler Brustkrebs**
(Datum histologischer Nachweis) oder Nein
- Manifestation von Fernmetastasen**
(Datum der Diagnosesicherung)
(Mehrfachnennungen möglich) 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

(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

Folge-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 2
Durchschrift für den
ausstellenden Arzt

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 3)

022A4

Die dunkel hinterlegten 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) oder Nein

Intramammär Thoraxwand Axilla

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) oder Nein

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich) 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 (optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes

