Krankenkasse bzw. Kostenträger			Folge-Dokum Brustkrebs	entation		Blatt 1 ginal für die ankenkasse
Name, Vorname der Versicherten	geb. am		X Arztwechsel Krankenhaus-IK	DMP-Fallnummer		
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. S	tatus		Arztstempel (bitte auch auf	Blatt 2 und 3)		
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datun	1					
		05PV4				
Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.						
Einschreibung erfolgte wegen	X Primärtumor		X Lokoregionäres Rezid	div		
	X Kontralateraler Br	uetkrobe	X Fernmetastasen			
	KUIIII didlei die Di	ustkiens	remmetastasen			
Behandlungsstatus nach operative	r Therapie Prima	ärtumor/ko	ontralateraler Brust	krebs		
Adjuvante Therapie abgeschlossen	X Ja X Neir	า				
Strahlentherapie	X Geplant X And	auernd	X Regulär abgeschloss	en X Vorze	eitig beendet	X Keine
Chemotherapie	X Geplant X And	auernd	X Regulär abgeschloss	en X Vorze	eitig beendet	X Keine
Endokrine Therapie	X Geplant X And	auernd	X Regulär abgeschloss	en X Vorze	eitig beendet	X Keine
			Togular abgecomose	VII 2 VOI 2		Z. Romo
Seit der letzten Dokumentation neu	aufgetretene E	reignisse				
Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T T M M	J J J Thora	oder X Nein xwand X Axilla			
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	TTMM	JJJ	J oder X Nein			
Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)	T T M M	J J J ge X Knoch	oder X Nein			
Lymphödem	X Ja X Neir	1				
Behandlung bei fortgeschrittener E Aktueller Behandlungsstatus	rkrankung (loko	pregionare	s Rezidiv/Fernmeta X Teilremission	X No change	X Progre	ess.
Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs	X Präoperativ X Chemotherapie		Endokrine Therapie	MastektomieAnderes Vorgehen	=	entherapie
(Mehrfachnennungen möglich)						
Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich)	X Operativ X Stra	hlentherapie	X Chemotherapie	X Endokrine Therapi	e X Andere	e X Keine
Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	X Ja X Neir	1	X Kontraindikation			
the state of the s			Geplantes Datum	der nächsten Dokumentationse	erstellung	
Systematische Tumorschmerztherapie	X Ja X Neir	n X Nicht	erforderlich (optionales Fel	M M J J J J I	J	
Sonstige Beratung und Behandlung Systematische Tumorschmerztherapie Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	X Ja X Neir	n X Nicht	erforderlich Datum T T. N Unterschrift des	M.J.J.J.s Arztes	J	
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt		n 🔀 Abgel		- 		

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Folge-Dokum Brustkrebs	entation Blatt 2 Durchschrift für den ausstellenden Arzt
Name, Vorname der Versicherten		X Arztwechsel	DMP-Fallnummer
	geb. am	Krankenhaus-IK	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. S	tatus	Arztstempel (bitte auch au	f Blatt 1 und 3)
Markey and Nill William Dates			
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datun		12644	
		COATT	
Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.			
Einschreibung erfolgte wegen			
	X Primärtumor	X Lokoregionäres Rezi	div
	X Kontralateraler Brustkr	rebs X Fernmetastasen	
Behandlungsstatus nach operative	r Therapie Primärtu	ımor/kontralateraler Brust	krebs
Adjuvante Therapie abgeschlossen	X Ja X Nein		
Strahlentherapie	X Geplant X Andauerr	nd X Regulär abgeschloss	sen X Vorzeitig beendet X Keine
Chemotherapie	X Geplant X Andauerr	nd X Regulär abgeschloss	een X Vorzeitig beendet X Keine
Endokrine Therapie	X Geplant X Andauerr	nd Regulär abgeschloss	en X Vorzeitig beendet X Keine
Seit der letzten Dokumentation neu	aufgetretene Ereig	gnisse	
Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	TTMMJ	oder X Nein X Thoraxwand X Axilla	
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	TTMMJ	J J J oder X Nein	
Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)	TTMMJ X Leber X Lunge	J J J oder X Nein X Knochen X Andere	
Lymphödem	X Ja X Nein		
Behandlung bei fortgeschrittener E	rkrankung (lokoreg	jionäres Rezidiv/Fernmeta	astasen)
Aktueller Behandlungsstatus	X Vollremission	X Teilremission	
Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)	Präoperativ Chemotherapie	ExzisionEndokrine Therapie	
Therapie der Fernmetastasen	X Operativ X Strahlent	herapie X Chemotherapie	X Endokrine Therapie X Andere X Keine
(Mehrfachnennungen möglich) Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	X Ja X Nein	X Kontraindikation	
Constitut Daniel and a land		L. Contanto Silv	n der nächsten Dokumentationserstellung
Sonstige Beratung und Behandlung Systematische Tumorschmerztherapie	S X Ja X Nein	Nicht erforderlich (optionales Fe	MM J J J J
Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	X Ja X Nein	Nicht erforderlich Datum T T . N	
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	X Ja X Nein	Unterschrift de	s Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		Folge-Dokumentation Brustkrebs	Blatt 3 Durchschrift für den Versicherten
Name, Vorname der Versicherten		Arztwechsel DMP-Fallnumm	ner
	geb. am	Krankenhaus-IK	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. S	tatus	Arztstempel (bitte auch auf Blatt 1 und 2)	
Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datun			
Vertragsarzervi. Vit guilly bis Datum		БАН	
Die Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.			
Einschreibung erfolgte wegen		_	
	X Primärtumor	X Lokoregionäres Rezidiv	
	X Kontralateraler Brustkrebs	S X Fernmetastasen	
Behandlungsstatus nach operative	r Therapie Primärtum	or/kontralateraler Brustkrebs	
Adjuvante Therapie abgeschlossen	X Ja X Nein		
Strahlentherapie	X Geplant X Andauernd	Regulär abgeschlossen	X Vorzeitig beendet X Keine
Chemotherapie	X Geplant X Andauernd	X Regulär abgeschlossen	X Vorzeitig beendet X Keine
Endokrine Therapie	X Geplant X Andauernd	X Regulär abgeschlossen	∨ Vorzeitig beendet
Seit der letzten Dokumentation neu	ı aufgetretene Ereigni	isse	
Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J X Intramammär X	J J oder X Nein Thoraxwand X Axilla	
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	TTMMJJ	J J oder X Nein	
Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)	T T M M J J X Leber X Lunge X	J J oder X Nein Knochen X Andere	
Lymphödem	X Ja X Nein		
Behandlung bei fortgeschrittener E	rkrankung (lokoregio	näres Rezidiv/Fernmetastasen)	
Aktueller Behandlungsstatus	X Vollremission	X Teilremission X No change	e X Progress
Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)	Präoperativ Chemotherapie	X Exzision X Mastektor X Endokrine Therapie X Anderes V	
Therapie der Fernmetastasen	X Operativ X Strahlenther	rapie X Chemotherapie X Endokrine	Therapie X Andere X Keine
(Mehrfachnennungen möglich) Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	X Ja X Nein	X Kontraindikation	
<u> </u>			antali anamis II
Sonstige Beratung und Behandlung Systematische Tumorschmerztherapie	$oxed{g}$ Ja $oxed{X}$ Nein $oxed{X}$	Nicht erforderlich Geplantes Datum der nächsten Dokum T T M M J J Goptionales Feld)	lentationserstellung
Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt	X Ja X Nein X	Nicht erforderlich Datum T. M. M. J. J.	JJ
	A None	Unterschrift des Arztes	
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	X Ja X Nein X	Abgelehnt	