

Patientennummer (falls bekannt):

Erfassungsdatum:

Nachname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefon:

Datum der Erstvorstellung:

Vorstellender Arzt:

Anamnese/Untersuchungsbefund:

Begleiterkrankungen:

Menopausenstatus:

Vorstellung: präoperativ postoperativ Primärfall: Ja Nein

Operation

Datum:

Histologie

pT N M G R

Rezeptorstatus

ERICA:

PRICA:

Estradiol:

Progesteron:

UPA:

HER-2/neu:

p53:

PAI-1

Befunde:

Rö-Thorax

Datum:

Knochenszintigraphie

Datum:

Oberbauchsono

Datum:

Sonstiges

Geltungsbereich: Brustzentrum