**Antrag auf Anerkennung als kooperierende Einrichtung  
gemäß § 13 GKKN und KKN-DÜVO**

Das vorliegende Antragsformular dient der **Erfassung aller erforderlichen Angaben** zur Anerkennung als kooperierende Einrichtung **gemäß § 13 des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen (GKKN) und der KKN-Datenübermittlungsverordnung  
(KKN-DÜVO)**.

Über die Gewährung der Anerkennung entscheidet der Vertrauensbereich des KKN.

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Anhänge an:

* eine *Liste* der in den einzelnen Fachabteilungen, Instituten oder Kliniken verantwortlichen *Meldepflichtigen* und/oder *Meldeberechtigten* mit Melder-ID
* eine *Erklärung* über die *Einwilligung* der betroffenen Personen
* eine *Erklärung*, dass die Einhaltung der *Meldefristen* nach GKKN sichergestellt ist
* eine *Abtretungserklärung* aller Meldepflichtigen und/oder Meldeberechtigten, dass die Meldevergütung für die Meldungen, die sie über die kooperierende Einrichtung abgeben, vom KKN ausschließlich an die kooperierende Einrichtung ausgezahlt wird
* eine Beschreibung der internen *Regelungen* zum datenschutzgerechten Umgang mit den aus dem KKN übermittelten Daten (Datenschutzkonzept)
* bei Krebsregistrierung im Auftrag eines zertifizierten Organkrebszentrums oder eines onkologischen Zentrums die aktuelle *Zertifizierungsurkunde* oder den *Nachweis*, dass ein Antrag auf Zertifizierung gestellt wurde
* bei Übernahme der Meldungen an das KKN durch die antragstellende Einrichtung für eine andere Einrichtung eine Ausfertigung der zwischen diesen Beteiligten geschlossenen *Kooperationsvereinbarung*
* bei Einrichtungen, die nicht oder nicht ausschließlich für zertifizierte Zentren der onkologischen Versorgung Krebserkrankungen registrieren, einen *Nachweis über den Auftrag*, Tumordaten zusammenführen und auswerten zu dürfen.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular mit den erforderlichen Anhängen sowie eventuelle weitere Anhänge per E-Mail an **info@kk-n.de** oder per Post an die am Ende dieses Antragformulars angegebene Adresse.

Bei Fragen kontaktieren Sie uns gern jedezeit.

Ihr KKN-Team

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Antragsteller** | Antragsdatum | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der Institution oder Organisation | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname, Titel der Antragstellerin/des Antragstellers | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Institutionskennzeichen | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name und Version der verwendeten Software und des Schnittstellenformates | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name der für die Datenübermittlung an das KKN verantwortlichen Person | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) der für die Datenübermittlung an das KKN verantwortlichen Person | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Weitere Angaben von der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wie   * Teamnummer * Name der Teamleitung * Namen der Teammitglieder sowie * die Melder-IDs | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bitte kreuzen Sie das zutreffende Kästchen an und unterzeichnen Sie den Antrag.

|  |  |
| --- | --- |
| **Erklärung** | Hiermit erkläre ich, dass meine personenbezogenen Daten in diesem Antrag zur Bearbeitung des Antrags und zur Dokumentation der Datenübermittlung im KKN gespeichert werden dürfen. |
| Hiermit erkläre ich, dass die bei Antragsbewilligung vom KKN übermittelten Daten nur für den im Antrag genannten Zweck verwendet werden. Sollen die Daten abweichend von den Angaben in dem Antrag, insbesondere für einen anderen Zweck, verwendet werden oder sollen die Maßnahmen zum Schutz der Daten geändert werden, so sind dafür eine erneute Genehmigung des KKN und die Zustimmung der Fachaufsicht erforderlich. |
| Hiermit erkläre ich, dass die vom KKN übermittelten Daten nicht auf eine Weise mit anderen Daten zusammengeführt werden, dass eine Identifizierung von betroffenen Personen ermöglicht wird. |
| Datum der Antragstellung und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift |

### Klinisches Krebsregister Niedersachsen | KKN

### Vertrauensbereich

### Anstalt des öffentlichen Rechts

### Sutelstraße 2

### 30659 Hannover

[0511 277897-0](tel:+495112778970)  
[info@kk-n.de](mailto:info@kk-n.de)