





## Antrag auf Übermittlung von Daten zum Zweck der Zertifizierung und Rezertifizierung gemäß § 19 GKKN und KKN-DÜVO

Das vorliegende Antragsformular dient der **Erfassung aller erforderlichen Angaben** für die Übermittlung von Daten zum Zweck der Zertifizierung und Rezertifizierung von Zentren der onkologischen Versorgung **gemäß § 19 Abs. 3 Satz 1 des Gesetzes über das Klinische Krebsregister Niedersachsen (GKKN) und der KKN-Datenübermittlungsverordnung (KKN-DÜVO)**.

Über die Gewährung der Datenübermittlung entscheidet der Vertrauensbereich des KKN. Die Übermittlung der Daten durch das KKN an die Einrichtung erfolgt innerhalb von acht Wochen nach Übermittlung der Patientenliste.

Bitte fügen Sie dem Antrag folgende Anhänge an:

-  Nachweis über die Einleitung eines Zertifizierungs- oder Rezertifizierungsverfahrens
-  Nachweis über die Erforderlichkeit der Daten für die Zertifizierung oder Rezertifizierung.

Bitte senden Sie den vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Antrag mit den erforderlichen Anhängen sowie eventuelle weitere Anhänge per E-Mail an **info@kk-n.de** oder per Post an die angegebene Adresse.

Bei Fragen kontaktieren Sie uns jederzeit gern.

Ihr KKN-Team

**Klinisches Krebsregister Niedersachsen | KKN**  
**Vertrauensbereich**  
Anstalt des öffentlichen Rechts

Sutelstraße 2  
30659 Hannover

0511 277897-0  
info@kk-n.de

<b>Antragsteller</b>	Antragsdatum	
	Name der Institution oder Organisation	
	Name, Vorname, Titel der Antragstellerin/ des Antragstellers	
	Anschrift	
	Telefon	
	E-Mail	
	Zweck der Datenverarbeitung	
	Art und Umfang der Daten	
	Maßnahmen zum Schutz der Daten/ Datenschutzkonzept	
	Voraussichtliche Geltungsdauer des angestrebten Zertifikats	
	Datum der Antragstellung und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:	
	_____ Datum, Unterschrift	

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

<b>Erklärung</b>	<input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich, dass meine personenbezogenen Daten in diesem Antrag zur Bearbeitung des Antrags und zur Dokumentation der Datenübermittlung im KKN gespeichert werden dürfen.
	<input type="checkbox"/> Hiermit erkläre ich, dass die bei Antragsbewilligung vom KKN übermittelten Daten nur für den im Antrag genannten Zweck verwendet werden.
	Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:  <hr/> Unterschrift

**Klinisches Krebsregister Niedersachsen | KKN**  
**Vertrauensbereich**  
Anstalt des öffentlichen Rechts

Sutelstraße 2  
30659 Hannover

0511 277897-0  
info@kk-n.de