



## 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, ein *Nachweis über den Antrag*, 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 Antragsformulars angegebene Adresse.

Bei Fragen kontaktieren Sie uns gern.

Ihr KKN-Team

<b>Antragsteller</b>	Antragsdatum	
	Name der Institution oder Organisation	
	Name, Vorname, Titel der Antragstellerin/des Antragstellers	
	Anschrift	
	Telefon	
	E-Mail	
	Institutionskennzeichen	
	Name und Version der verwendeten Software und des Schnittstellenformates	
	Name der für die Datenübermittlung an das KKN verantwortlichen Person	
	Kontaktdaten (Telefon, E-Mail) der für die Datenübermittlung an das KKN verantwortlichen Person	
	Notwendig bei Antragstellung als ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) – weitere Angaben von der ASV: <input type="checkbox"/> Teamnummer <input type="checkbox"/> Name der Teamleitung <input type="checkbox"/> Namen der Teammitglieder sowie <input type="checkbox"/> die Melder-IDs	

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. 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.
	<input type="checkbox"/> (optional) Einwilligung für <b>Rückmeldeberichte mit Einrichtungsbezug</b>  Ich möchte zukünftig zusammengefasste Auswertungen der im Antrag aufgeführten Meldestellen in den Rückmeldeberichten erhalten. Hiermit bestätige ich, dass alle Ärztinnen und Ärzte der im Antrag aufgeführten Meldestellen ihre Einwilligung zu Auswertungen auf Einrichtungsebene für Meldungen mit dem Eingangsdatum ab dem 01.07.2018 gegeben haben.
	Datum der Antragstellung und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:   <hr/> Datum, Unterschrift

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

Sutelstraße 2  
 30659 Hannover

0511 277897-0  
 info@kk-n.de