**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 jedezeit gern.

Ihr KKN-Team

### 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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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. |
| Zweck der Datenverarbeitung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Art und Umfang der Daten | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Maßnahmen zum Schutz der Daten/ Datenschutzkonzept | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Voraussichtliche Geltungsdauer des angestrebten Zertifikats | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Datum der Antragstellung und Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift | |

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. |
| Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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)