

## Antrag Einleitung Zertifizierungsverfahren

- Bitte per Post oder per Fax zurücksenden -

Bezeichnung Zentrum: \_\_\_\_\_

Hauptstandort - Klinik/Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anschrift (PLZ/Ort): \_\_\_\_\_

Leitung Zentrum: \_\_\_\_\_

Zentrumskoordinator: \_\_\_\_\_

Hiermit beantragen wir die Zertifizierung unseres

- |                          |  |                          |                                       |
|--------------------------|--|--------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Onkologischen Zentrums                           | <input type="checkbox"/> | Brustkrebszentrums                    |
| <input type="checkbox"/> | Darmkrebszentrums                                | <input type="checkbox"/> | Gynäkologischen Krebszentrums         |
| <input type="checkbox"/> | Hautkrebszentrums                                | <input type="checkbox"/> | Lungenkrebszentrums                   |
| <input type="checkbox"/> | Prostatakarzinomzentrums                         | <input type="checkbox"/> | Zentrum für Hämatologische Neoplasien |
| <input type="checkbox"/> | Zentrum für familiären Brust- und Eierstockkrebs |                          |                                       |
| <input type="checkbox"/> | Pankreaskrebszentrum (Modul)                     | <input type="checkbox"/> | Magenkrebszentrum (Modul)             |
| <input type="checkbox"/> | Leberkrebszentrum (Modul)                        | <input type="checkbox"/> | Speiseröhrenkrebs-Zentrum (Modul)     |
| <input type="checkbox"/> | Harnblasenkrebszentrum (Modul)                   | <input type="checkbox"/> | Nierenkrebszentrum (Modul)            |
| <input type="checkbox"/> | Kopf-Hals-Tumor-Zentrum (Modul)                  | <input type="checkbox"/> | Neuroonkologisches Zentrum (Modul)    |
| <input type="checkbox"/> | Kinderonkologisches Zentrum (Modul)              | <input type="checkbox"/> | Sarkomzentrum (Modul)                 |

Zieltermin/Wunschzeitraum für die Zertifizierung

Mit dem Antrag Einleitung Zertifizierungsverfahren werden durch den Antragsteller folgende Vereinbarungen anerkannt:

- Die Zertifizierung umfasst die in der Anfrage genannten Kooperationspartner. Weitere Kooperationspartner können nur nach vorheriger schriftlicher Abstimmung mit OnkoZert in das Zertifizierungsverfahren mit aufgenommen werden.
- Die Gebühren für das Zertifizierungsverfahren werden gemäß der bereits zugegangenen „Aufwandsabschätzung Zertifizierung“ berechnet.
- Aktuelle Version „Bestimmungen Zertifizierung“; enthält Ausführungsregelungen für die Zertifizierung sowie allgemeine Regeln für die Durchführung von OnkoZert-Zertifizierungsverfahren; Dokument ist unter [www.onkoziert.de](http://www.onkoziert.de) (Ablauf Zertifizierung) abrufbar.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller (Blockbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Antragsteller (Unterschrift)