|  |  |
| --- | --- |
| Onkologisches Zentrum |  |
| Standort |  |
| Hausanschrift (Straße, PLZ, Ort) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Leitung des Onkologischen Zentrums | Zentrumskoordinator des Onkologischen Zentrums |
| Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| e-mail |  |  |

**Im Onkologischen Zentrum (OZ) integrierte Organkrebszentren**

Als Mindestvoraussetzung für die Einleitung eines Zertifizierungsverfahrens gelten 2 durch die Deutsche Krebsgesellschaft zertifizierte Organkrebszentren.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Organ | Zieltermin Erstzertifizierung | Zertifiziert seit | QM-StandardISO / KTQ / JC | Zertifizierungsstelle QM |
| Brust |  |  |  |  |
| Darm |  |  |  |  |
| Prostata |  |  |  |  |
| Haut |  |  |  |  |
| Lunge |  |  |  |  |
| Gyn. |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung des Onkologischen Zentrums: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum |  | Unterschrift (anfragendes Zentrum) |