|  |  |
| --- | --- |
| Name Sarkomzentrum |  |
| Klinikum |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Zentrumsleitung | Zentrumskoordinator |
| Anrede, Titel, Name, Vorname |  |  |
| Tel. (Durchwahl) |  |  |
| Fax |  |  |
| E-Mail |  |  |

**1 Geltungsbereich**

In einem Sarkomzentrum können Pat. mit Weichteilsarkomen inkl. GIST und/ oder Pat. mit Knochensarkomen behandelt werden. Das Zentrum kann den Geltungsbereich des Sarkomzentrums frei wählen:

* Zertifiziertes Sarkomzentrum für Weichteilsarkome,
* Zertifiziertes Sarkomzentrum für Knochensarkome,
* Zertifiziertes Sarkomzentrum Weichteilsarkome und Knochensarkome.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Erstzertifizierung geplant für \*) |
| Weichteilsarkome inkl. GIST |  |
| Knochensarkome |  |

\*) Bearbeitungshinweis: Sofern zutreffend, bitte durch Angabe „X“ in der entsprechenden Zelle kennzeichnen.

**1 Zentrumsfälle**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | Zentrumsfälle (mind. 50)1) |
| aktuelles Kalenderjahr 2) | | | |  |
| von | 01.01. | bis | TT.MM. |
| letztes Kalenderjahr 3) | | | |  |

1) Die Definition der Zentrumsfälle ist dem Erhebungsbogen (EB\_1.2.1) bzw. dem Datenblatt zu entnehmen.

2) Zum Zeitpunkt der Einreichung der Anfrage darf die Aktualität der Daten max. 6 Wochen zurückliegend sein. Bei einer grenzwertigen Fallzahlerfüllung sind weitergehende detaillierte Fallzahldarstellungen erforderlich. Eine Aktualisierung der Angaben kann auf Grundlage der Basisdaten unmittelbar vor dem Erstaudit bzw. bei der Bewertung Ausschuss Zertifikatserteilung angefordert werden. Dies ist insbesondere bei einer grenzwertigen Fallzahlerfüllung gegeben.

3) Für die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren ist es erforderlich, dass die Fallsituation in Form der Basisdaten zum Zeitpunkt des Erstzertifizierungsaudits für das zurückliegende Kalenderjahr vollständig dargelegt wird. Sofern ein Audittermin im aktuellen Kalenderjahr angestrebt wird, sind die Basisdaten für das letzte Kalenderjahr als Anlage (Blatt 1 des Datenblattes) zu dieser „Anfrage Zertifizierungsaufwand“ mit einzureichen. Das vollständig bearbeitete Datenblatt ist erst nach „Antragsstellung“ zusammen mit dem bearbeiteten Erhebungsbogen einzureichen. Ggf. kann von Seiten OnkoZert im Rahmen der Abstimmung der Anfrage auch die Bearbeitung des Tabellenblattes „Netzwerk Chirurgie“ eingefordert werden.

**3 Kooperationspartner** (Stammblatt)

Das registrierte Behandlungsnetzwerk mit seinen Kooperationspartnern wird organübergreifend in dem sogenannten Stammblatt abgebildet. Die Vorlage des Stammblattes wird von OnkoZert individuell anhand der ggf. verfügbaren Daten der bereits zertifizierten Organkrebszentren erstellt. Das Stammblatt stellt eine offizielle Anlage zu dieser Anfrage dar. Das individuelle Stammblatt wird dem Zentrum automatisch nach Eingang dieser Anfrage zur weiteren Abstimmung zugesandt. Eine finale Bearbeitung der Anfrage ist erst nach Vorliegen des Stammblattes möglich.

**4 Zeitliche Planung Zertifizierung**

|  |  |
| --- | --- |
| Geplanter Termin für die Zertifizierung | TT.MM.JJJJ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zertifizierung terminlich kombiniert mit Onkologischem Zentrum |  | ja |  | nein |  |

Die hier gestellte Anfrage ist mind. 4 Monate vor dem geplanten Termin des Erstzertifizierungsaudits bei OnkoZert einzureichen.

Die Durchführbarkeit des Zertifizierungsaudits zum oben genannten Zeitpunkt hängt u.a. von den eingereichten Unterlagen, der Klärung daraus resultierender Unklarheiten sowie der Verfügbarkeit von Fachexperten und dem Ergebnis der Bewertung des Erhebungsbogens ab.

Informationen zum Ablauf der Zertifizierung und geltende Bestimmungen erhalten Sie auf der Homepage von OnkoZert (<http://www.onkozert.de/ablauf.htm>) sowie in telefonischer Absprache unter +49 (0)7 31 / 70 51 16 0.