



ANFRAGE ZUR DATENLIEFERUNG

MELDER-ID

DATUM DER ANFRAGE

ANTRAGSTELLER

Name/Vorname:

E-Mail:

ACHTUNG: Antragsteller muss der im Krebsregister hinterlegte Hauptverantwortliche der Melder-ID sein.

Name der Einrichtung:

Adresse der Einrichtung:

ZUSÄTZLICH FÜR KLINIKEN:

Name der Abteilung:

Chefarzt der Abteilung, Name und E-Mail:

ZUSÄTZLICH FÜR ORGANKREBSZENTREN (OZ):

Name des OZ:

Leiter des OZ, Name und E-Mail

Hiermit bitten wir Sie um die patientenbezogene Ausspielung der Daten unserer Patienten.
Bitte berücksichtigen Sie hierbei die von anderen Meldern im Krebsregister gemeldeten klinischen Daten
zu folgenden Meldeanlässen:

Diagnose

OP

Strahlentherapie

Systemische Therapie

Verlauf

alle Verläufe

nur die Verläufe aus den folgenden Jahren:

Tod

zu den von uns behandelten und an Sie gemeldeten Patienten mit

Diagnosedatum

Leistungsdatum

von

(Bitte Datum eintragen.)

bis

(Bitte Datum eintragen.)

Hiermit bestätige ich, dass wir die Daten unserer Patienten gemäß § 13 Abs. 1 LKRG benötigen.

Über die im § 16 Abs. 1 Satz 13 LKRG formulierten Ordnungswidrigkeiten sowie die in § 17 LKRG formulierten Sanktionen im Zusammenhang mit unserer Anfrage sind wir informiert.

Ort, Datum

Unterschrift