

Anlage 1 – Teilnahmeerklärung und Patienteneinschluss zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen

Stand: 01.05.2018

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen

Versichertenbezogene Daten: Name des Patienten + Adresse + Geburtsdatum Krankenkasse: Versichertennummer: BSNR: LANR: IK:	KVK ADRESSAUFKLEBER
--	--------------------------------------



1. Informationen zur Durchführung Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung

Ihre Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist freiwillig. Wenn Sie sich zu der Teilnahme entscheiden, sind Sie bis zur Beendigung des in der Versicherteninformation dargestellten Zeitraumes an Ihre Teilnahmeerklärung gebunden. Soweit der Zeitraum ein Jahr überschreitet, verlängert sich die Teilnahme jährlich um 12 Monate. Sie können Ihre Teilnahme jedoch mit Wirkung zum Quartalsende bei Ihrer Krankenkasse kündigen. Unberührt davon bleibt Ihr Recht zur Kündigung der Teilnahme aus wichtigem Grund (z. B. Wohnortwechsel, gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis, Praxissschließung). Die Kündigung aus wichtigem Grund ist fristlos unter Nennung der Gründe schriftlich bei Ihrer Krankenkasse möglich.

Während Ihrer Teilnahme an dieser besonderen Versorgung bezieht sich Ihr Recht auf freie Arztwahl für die Inanspruchnahme der vertragsgegenständlichen Leistungen nur auf die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer. Diese Einschränkung gilt selbstverständlich nicht, wenn Sie in einem medizinischen Notfall einen Arzt oder Notfalldienst benötigen. Für die Behandlung anderer Erkrankungen ist Ihr Recht auf freie Arztwahl ebenfalls unberührt.

Sollten Sie entgegen der vorstehenden Ausführungen einen anderen, nicht an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer zur Erbringung der vertragsgegenständlichen Leistungen in Anspruch nehmen oder

sollten Sie in besonderem Maße Ihren im Einzelnen in der Versicherteninformation dargestellten Mitwirkungsverpflichtungen nicht nachkommen, können Sie zudem von der weiteren Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ausgeschlossen werden.

2. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen des besonderen Versorgungsangebotes informiert wurde, mir die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ meiner Krankenkasse zu diesem Versorgungsangebot ausgehändigt wurde und ich auch mit den dortigen Inhalten und den vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung einverstanden bin.
- ich insbesondere weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und ich bereit bin, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei einer an dieser besonderen Versorgung teilnehmenden Krankenkasse versichert bin.
- ich weiß, dass ich meine Teilnahme zum Quartalsende oder fristlos aus wichtigem Grund kündigen kann.
- ich meinen behandelnden Leistungserbringer über einen Kassenwechsel informieren werde.

Widerrufsbelehrung

Sie können Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn Ihre Krankenkasse Ihnen diese Belehrung über Ihr Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Die Kontaktdaten Ihrer Krankenkasse finden Sie in der „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“.

Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

3. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen

Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB. Meine Einwilligung erfolgt freiwillig.

- ich weiß, dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung nach Ablauf der gesetzlichen Fristen gelöscht werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich diese datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit bei meiner Krankenkasse widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer sofortigen Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung führt.

Ja, ich habe die „Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz“ erhalten und ebenso wie die vorstehenden Informationen zu meiner Teilnahme an dieser besonderen Versorgung zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen sowie etwaige weitere teilnehmende Angehörige anderer Heilberufe und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Verordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihr Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) an die zuständige Studiengruppe und die mit der Koordination des Projektes beauftragte zentrale Geschäftsstelle des Kompetenznetz Maligne Lymphome e. V. (KML) übermittelt werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift. Selbstverständlich ist sowohl die zuständige Studiengruppe als auch die Geschäftsstelle des KML (gemäß EU-DSGVO und Bundesdatenschutzgesetz) zur Verschwiegenheit, der Zweckbindung der Datenverwendung sowie Datenschutz und Datensicherheitsmaßnahmen verpflichtet.

Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Therapieziele von der Einschreibung profitieren kann.

Datum

Stempel Krankenhaus/Praxis

Unterschrift behandelnder Arzt



Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz an dem Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen

Inhalte, Ziele und Leistungen des Versorgungsangebotes

In diesem Versorgungsangebot erhält jeder Patient mit der Diagnose eines malignen Lymphoms eine Zweitbegutachtung, denn eine spezifische und erfolgversprechende Therapie der Erkrankung beruht oft auf einer korrekten Beurteilung der Art der Erkrankung (Typing), ihrer Aggressivität (Grading) und Ausdehnung (Staging) im Gewebe. In der Regel erfolgt zu Beginn der Behandlung diese gezielte Diagnostik unter anderem durch eine referenzpathologische Untersuchung. Dafür wird Ihnen ein Teil des Gewebes des vergrößerten Lymphknotens entfernt und in einem spezialisierten referenzpathologischen Institut untersucht. Das Ergebnis soll eine exakte Diagnose und in der Konsequenz die richtige Therapie für Sie gewährleisten.

Bestätigt sich bei Ihnen die Diagnose eines malignen Lymphoms, wird Ihnen eine geeignete Behandlung vorgeschlagen. Dabei kann die Behandlung innerhalb und außerhalb von Studien erfolgen. Folgende Möglichkeiten bestehen:

1. Sie werden innerhalb einer Studie im Studienarm behandelt und erhalten eine nach dem Studienprotokoll vorgesehene Therapie.
2. Sie werden im Standardarm einer Studie behandelt und erhalten eine Standardtherapie, nehmen aber nicht an der Studie teil.
3. Sie werden nach einer individuellen Therapieempfehlung eines Experten behandelt.

Alle Studien werden vor der Aufnahme in den Vertrag durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft und zugelassen. Die Teilnahme an einer Studie ist freiwillig, Ihnen entstehen durch eine Nichtteilnahme keinerlei Nachteile.

Durch dieses Versorgungsangebot wird sichergestellt, dass möglichst jeder Patient mit einem malignen Lymphom nach dem aktuellen Stand beziehungsweise den neuesten Erkenntnissen der Lymphomforschung behandelt wird. Die Behandlungsprozesse werden dabei für jeden einzelnen Patienten optimal aufeinander abgestimmt, um die Therapie möglichst erfolgreich durchzuführen. Nach Abschluss der Behandlung Ihrer Therapielinie wird der Behandlungserfolg durch eine erneute „Ausbreitungsuntersuchung“ (Restaging) überprüft. Sobald Sie nicht mehr behandlungsbedürftig sind, d. h. keine Lymphomzellen mehr gefunden wurden, so finden fortan regelmäßig Nachuntersuchungen statt. Die Nachsorgen umfassen in der Regel Intervalle von je drei Monaten für die ersten 24 Monate nach Therapieabschluss und nachfolgend Intervalle von sechs Monaten bis zum fünften Jahr nach Therapieabschluss, anschließend einmal jährlich.

Dieses Versorgungsangebot richtet sich an Patienten der Ersatzkrankenkassen und der AOK Rheinland/Hamburg, die an einem malignen Lymphom erkrankt sind.

Zeitraum der Teilnahme

Ihre Teilnahme beginnt mit dem Tag Ihrer freiwilligen Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung. Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei Ihrer Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an Ihre Krankenkasse absenden. Die Teilnahme an diesem Vertrag kann durch Sie jederzeit bei Ihrer Krankenkasse mit Wirkung zum Quartalsende gekündigt werden.

Bei Kündigung informiert die Krankenkasse Ihren behandelnden Arzt. Grundsätzlich endet Ihre Teilnahme mit Ablauf des Behandlungspfades. Die Dauer der Teilnahme ist jedoch individuell und richtet sich nach der Studie, an der Sie teilnehmen.

Bei einem Wechsel zu einer nicht an dem Vertrag beteiligten Krankenkasse oder einem nicht an diesem Vertrag beteiligten Arzt endet Ihre Teilnahme an dem besonderen Versorgungsangebot ebenfalls. An dieser Stelle besteht Ihre Mitwirkungspflicht darin, dass Sie Ihren bisher behandelnden Arzt sowie Ihre Krankenkasse über Ihren Krankenkassen- bzw. Arztwechsel informieren. Ihre Teilnahme endet auch, wenn die Teilnahme Ihres behandelnden Arztes bzw. Ihrer Krankenkasse an diesem Vertrag endet.

Datenschutz

Welche Daten werden von Ihnen benötigt?

Die Kooperation zwischen Ihrer Krankenkasse und den weiteren Leistungserbringern, wie z. B. Ärzten und Krankenhäusern ermöglicht eine Abstimmung der einzelnen Behandlungsprozesse, um einen reibungslosen Ablauf und eine hohe Qualität der medizinischen Versorgung zu garantieren. Bei jedem Bearbeitungsschritt werden strengste gesetzliche Datenschutzvorschriften – insbesondere die ab Mai 2018 geltenden Regelungen der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) – beachtet. Der Schutz Ihrer Daten ist immer gewährleistet! Bei allen Beteiligten haben nur speziell für die besondere Versorgung ausgewählte und besonders geschulte Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten.

1. Daten bei Ihren behandelnden Leistungserbringern

Die Dokumentation durch den behandelnden Arzt, der Ihnen als Ansprechpartner zur Verfügung steht, wird an die auf Ihre Erkrankung spezialisierte Studiengruppe weitergeleitet und dort anonymisiert/pseudonymisiert, d.h. ohne direkten Bezug auf Angaben zu Ihrer Person, gespeichert. Daraus abgeleitete Kenndaten werden im Rahmen einer Qualitätssicherung ausgewertet, die Auskunft darüber geben soll, ob die Behandlung den Anforderungen der Krankheitsbilder entsprechend durchgeführt wurde bzw. ob die Therapiekonzepte weiter optimiert werden können. Das Ergebnis wird von der zentralen Geschäftsstelle des KML in einem Qualitätsbericht zusammengefasst und veröffentlicht.

Die Daten über die Art und Ergebnisse Ihrer Behandlung (bspw. Schwere der Erkrankung, Behandlungsdauer, Behandlungsart, Krankenhaustage, Medikation) und die Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die in Ihrer Patientenakte bei Ihren behandelnden Leistungserbringern vorhanden sind, werden (abgesehen von der datenschutzkonformen Abrechnung) nur von den teilnehmenden Leistungserbringern und bei möglichen Komplikationen vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung eingesehen. Die Dokumentation kann in einer elektronischen Patientenakte, die von den Leistungserbringern gepflegt, verwaltet und beaufsichtigt wird, erfolgen. Die medizinischen Befunde werden ebenfalls an die zuständige bzw. beratende Studiengruppe weitergeleitet und zur Weiterentwicklung von Therapiekonzepten in anonymisierter/pseudonymisierter Form ausgewertet. Bei Fragen zu dieser Datenverarbeitung wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Leistungserbringer.

Es ist vorgesehen, dass die erhobenen Daten in anonymisierter/pseudonymisierter Form, d.h. ohne dass ein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist, zu Zwecken der wissenschaftlichen Auswertung zur Verbesserung der Versorgungssituation der gesetzlich Krankenversicherten durch die Vertragspartner oder durch von diesem beauftragte und strikt dem Datenschutz unterworfenen wissenschaftlichen Einrichtungen verwendet werden.

Ihre Krankenkasse erhält von der KML die zu Abrechnungszwecken erforderlichen Daten. Eine datenschutzkonforme Abrechnung der Leistungserbringer wird sichergestellt. Die Abrechnung der in diesem Vertrag vereinbarten Vergütungen erfolgt gemäß §§ 295, 295a und 301 SGB V über die beteiligte Kassenärztliche Vereinigung bzw. deren externen Abrechnungsdienstleister oder direkt zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bzw.

über externe Abrechnungsdienstleister der Leistungserbringer. Sofern die Abrechnung durch einen externen Abrechnungsdienstleister erfolgt, wird das Nähere zur Durchführung der Abrechnung, der Zweckbindung der Datenverwendung, zur Verschwiegenheit und zu Datenschutz- und Datensicherheitsmaßnahmen in einem gesonderten Vertrag zwischen den Leistungserbringern und dem externen Abrechnungsdienstleister geregelt.

2. Daten bei Ihrer Krankenkasse

Durch die besondere Versorgung möchte Ihre Krankenkasse Ihnen eine bessere Versorgung gemeinsam mit Ihren behandelnden Leistungserbringern anbieten. Zur Überprüfung der tatsächlichen Veränderungen im Rahmen der besonderen Versorgung nutzt Ihre Krankenkasse Ihre Leistungs- und Abrechnungsdaten (Versicherungsart, Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten mit Diagnosen, ambulante Abrechnungs- und Leistungsdaten, Krankenhauszeiten und -kosten mit Diagnosen, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen mit Diagnosen und Kosten, Dauer und Kosten der Häuslichen Krankenpflege, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrkosten, Pflegeleistungen und -kosten). Hierzu werden darüber hinaus die von Ihrer Krankenkasse im Falle einer Teilnahme am Chroniker Programm [Disease-Management-Programm (DMP)] gespeicherten Daten ebenfalls von Ihrer Krankenkasse zur Überprüfung der Versorgungsqualität genutzt.

Die Daten bei Ihrer Krankenkasse werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben nach § 284 Abs.1 Nr.13 SGB V in Verbindung mit §140a SGB V erhoben und gespeichert. Ihre Krankenkasse ist für diese Datenverarbeitung verantwortlich. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Die Daten werden für die Aufgabenwahrnehmung und für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen (z.B. § 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI) gespeichert und anschließend gelöscht. Sie haben folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über verarbeitete Daten (Art. 15 EU-DSGVO i. V. m. § 83 SGB X)
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten (Art. 16 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Löschung Ihrer Daten (Art. 17 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 18 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Das Widerspruchsrecht (Art. 21 EU-DSGVO i. V. m. § 84 SGB X)
- Bei Datenverarbeitung aufgrund Ihrer Einwilligung besteht das Recht, diese mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen.

Bestehen Ihrerseits Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, haben Sie das Recht, eine Beschwerde an die zuständige Stelle zu richten.

Sind Sie bei der Techniker Krankenkasse, der BARMER, der DAK-Gesundheit, der Kaufmännischen Krankenkasse, der hkk, oder der Hanseatischen Krankenkasse versichert, können Sie eine Beschwerde bei dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Husarenstr. 30, 53117 Bonn, poststelle@bfdi.bund.de oder poststelle@bfdi.demail.de, als Versicherter der AOK Rheinland/Hamburg bei der Landesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit des Landes Nordrhein-Westfalen, Kavalleriestr. 2-4, 40213 Düsseldorf, poststelle@ldi.nrw.de, einreichen.

Sollten Sie Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung haben, können Sie sich an Ihre Krankenkasse oder an den Datenschutzbeauftragten Ihrer Krankenkasse wenden.

AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse

Datenschutzbeauftragte

Kasernenstr. 61

40213 Düsseldorf

E-Mail: datenschutz@rh.aok.de

Techniker Krankenkasse
Beauftragter für den Datenschutz
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
E-Mail: datenschutz@tk.de

Kaufmännische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
E-Mail: datenschutz@kkh.de

BARMER
Datenschutzbeauftragter
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: datenschutz@barmer.de

hkk
Datenschutzbeauftragter
Martinistraße 26
2628195 Bremen
E-Mail: datenschutzbeauftragter@hkk.de

DAK-Gesundheit
Beauftragter für den Datenschutz
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
E-Mail: datenschutz@dak.de

Hanseatische Krankenkasse
Datenschutzbeauftragter
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: datenschutz@hek.de

3. Wissenschaftliche Begleitung/ Auswertung durch einen Sachverständigen

Im Falle einer wissenschaftlichen Begleitung werden die Daten aus der Dokumentation sowie die gefilterten Leistungs-, Abrechnungsdaten und DMP-Daten Ihrer Krankenkasse (rückwirkend ein Jahr ab Einschreibung) von einem wissenschaftlichen Institut ausgewertet.

Um den Datenschutz sicherzustellen, wird vor dieser Auswertung gewährleistet, dass niemand erkennen kann, zu welcher Person diese Daten gehören – die Daten werden pseudonymisiert – wenn möglich anonymisiert. Die wissenschaftliche Auswertung überprüft, ob und wie die besondere Versorgung von den beteiligten Ärzten und Patienten angenommen wird und ob es sich auf die Qualität der Behandlung auswirkt. Eine anderweitige Verwendung Ihrer Daten ist ausgeschlossen.

Kontaktadressen der teilnehmenden Krankenkassen

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Kasernenstr. 61
40213 Düsseldorf
E-Mail: aok@rh.aok.de

Techniker Krankenkasse
Bramfelder Str. 140
22305 Hamburg
E-Mail: service@tk.de
www.tk.de

BARMER
Lichtscheider Straße 89
42285 Wuppertal
E-Mail: service@barmer.de
www.barmer.de

DAK-Gesundheit
Nagelsweg 27 - 31
20097 Hamburg
E-Mail: service@dak.de
www.dak.de

Kaufmännische Krankenkasse
Karl-Wiechert-Allee 61
30625 Hannover
E-Mail: service@kkh.de
www.kkh.de

hkk
Martinistraße 26
2628195 Bremen
E-Mail: info@hkk.de
www.hkk.de

Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86-90
22041 Hamburg
E-Mail: kontakt@hek.de
www.hek.de

Patienteneinschluss

Auszufüllen vom koordinierenden Arzt

Patient/-in (Name/Vorname):	
Histologisch gesicherte Diagnose:	ICD:
Datum der Erstdiagnose:	

■ Patienteneinschluss

A Studienpatient (SP)

- Studienpatient im Rahmen eines Studienprotokolls einer KML Studiengruppe

B Nicht-Studienpatient (N-SP)

- Nicht-Studienpatient analog Standardarm eines Studienprotokolls einer KML Studiengruppe
- Nicht-Studienpatient nach einem individuellen Therapiekonzept einer KML Studiengruppe
→ Konsil: Bitte zusätzlich Meldebogen Nicht-Studienpatient ausfüllen!

■ Studiengruppe

- | | | |
|--------------|---|--------------------------|
| (DCLLSG) | Deutsche CLL Studiengruppe | <input type="checkbox"/> |
| (DPTLDSG) | Deutsche Studiengruppe Posttransplantationslymphome e.V. | <input type="checkbox"/> |
| (DSHNHL) | Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin- Lymphome | <input type="checkbox"/> |
| (DSMM) | Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom | <input type="checkbox"/> |
| (ECWM) | Europäisches Konsortium Morbus Waldenström | <input type="checkbox"/> |
| (EMCLN) | Europäisches Mantelzell Lymphom Netzwerk | <input type="checkbox"/> |
| (GHSg) | Deutsche Hodgkin Studiengruppe | <input type="checkbox"/> |
| (GLSG) | Deutsche Studiengruppe Niedrigmaligne Lymphome | <input type="checkbox"/> |
| (GMMG) | German Speaking Myeloma Multicenter Group | <input type="checkbox"/> |
| (G-PCNSL-SG) | Deutsche Studiengruppe Primäre ZNS Lymphome | <input type="checkbox"/> |
| (GPOH-HD) | Hodgkin Studiengruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie & Hämatologie | <input type="checkbox"/> |
| (KSG-PCNSL) | Kooperative ZNS-Studiengruppe | <input type="checkbox"/> |
| (OSHO) | Ostdeutsche Studiengruppe für Hämatologie und Onkologie e.V. | <input type="checkbox"/> |

■ Bezeichnung des Studienprotokolls:

- Primärtherapie
- Rezidivtherapie

■ Studienprotokoll:

A Studienpatient (SP) : Name Studienprotokoll _____
→ siehe Studienübersicht – zugelassene Studien IVML

B Nicht-Studienpatient (N-SP):

a) Analog: Name Studienprotokoll _____
→ siehe Studienübersicht – zugelassene Studien IVML

b) Individuell: Ausgefüllter Meldebogen liegt bei → siehe Meldebogen N-SP/Individuell

Ort, Datum

Stempel des Arztes /der Klinik/ der Praxis

Name, Unterschrift des behandelnden Arztes

Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

Geschäftsstelle | Uniklinik Köln
50924 Köln

Tel.: +49 (0)221 478-96000
Fax: +49 (0)221 478-96001
E-Mail: lymphome@uk-koeln.de

Bitte senden Sie das **Original der Teilnahmeerklärung** zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen vorab **per FAX** und anschließend **per Post** an die KML Geschäftsstelle.