



Anlage 2 – Beitrittserklärung des Leistungserbringers als Studienzentrum

(Prüfstelle nach § 4 Abs. 25 AMG bzw. § 3 Abs. 1 GCP-Verordnung)

zum Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen – Stand: 01.05.2018



Diese Beitrittserklärung gilt

- für Studienzentren, die erstmals der Vereinbarung zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom (BVML) beitreten möchten,
- Für Studienzentren, die der Vereinbarung zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom (BVML) im Jahr 2008 bereits beigetreten sind und diese fortsetzen möchten
- für Studienzentren, die bereits die Vereinbarung für Patienten mit Morbus Hodgkin unterzeichnet haben und diese (ohne Erweiterung auf andere Lymphomentitäten) fortsetzen möchten.

Die Leistungserbringer übernehmen mit der Unterzeichnung insbesondere den in §2 und §4 beschriebenen Versorgungsauftrag, d.h.

- die Diagnostik und Behandlung von Patienten mit ML der an dieser Versorgung teilnehmenden Krankenkassen wenn immer möglich innerhalb der Regelversorgung auf der Grundlage der nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entwickelten Behandlungsprotokolle der Studiengruppen des KML durchzuführen, an denen sie als Studienzentrum (Prüfstelle nach § 4 Abs. 25 AMG bzw. § 3 Abs. 1 GCP-V) teilnehmen.

Bitte senden Sie das Original der Beitrittserklärung zur besonderen Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen per Post an die KML Geschäftsstelle.

Zentrale des Kompetenznetzes Maligne Lymphome

Kompetenznetz Maligne Lymphome e.V.

Geschäftsstelle | Uniklinik Köln

50924 Köln



■ Angaben zum Leistungserbringer

- Der Vertragspartner ist Universitätsklinik
 nicht-universitäres zugelassenes Krankenhaus
 vertragsärztliche Schwerpunktpraxis Hämatologie/Onkologie

Institution:	_____	IK/BSNR:	_____
	_____	(zwingend erforderlich)	_____

Telefon /Fax:	_____		
Email:	_____		
Ansprechpartner/-in Studiensekretariat:	_____	Durchwahl:	_____
		E-Mail:	_____

■ Der Vertragspartner ist Studienzentrum der folgenden Studiengruppe/n

(Prüfstelle nach § 4 Abs. 25 AMG bzw. § 3 Abs. 1 GCP-Verordnung)

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| (DCLLSG) | Deutsche CLL Studiengruppe | <input type="checkbox"/> |
| (DPTLD SG) | 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"/> |



Bankverbindung des Leistungserbringers

für die vom KML verwalteten Honorare der Krankenkassen (gemäß § 7 des IV-Vertrages):

Empfänger			
Bank		Bankleitzahl	
Verwendungszweck		Kontonummer	

An der Versorgung von BVML Patienten beteiligte Ärzte

Leitende/-er bzw. verantwortliche/-er koordinierende/-er Ärztin/Arzt gemäß § 7 Absatz 1 in der Praxis/Klinik/Uniklinik:

Name, Tel., E-Mail:

LANR /BSNR/IK (Zwingend erforderlich)

Weitere zur BVML Patientenmeldung befugte Ärzte in der Praxis/Klinik/Uniklinik:

1. Name *LANR/BSNR/IK (Zwingend erforderlich)*

2. Name *LANR/BSNR/IK (Zwingend erforderlich)*

3. Name *LANR/BSNR/IK (Zwingend erforderlich)*

4. Name *LANR /BSNR/IK (Zwingend erforderlich)*

5. Name *LANR/BSNR/IK (Zwingend erforderlich)*

Die für die Durchführung der besonderen Versorgung verantwortlichen Ärzte haben die vertraglichen Verpflichtungen zur Kenntnis genommen:

Unterschrift, Leitende/-er bzw. verantwortliche/-er koordinierende/-er Ärztin/Arzt

Unterschrift, befugter Arzt, 1.

Unterschrift, befugter Arzt, 2.

Unterschrift, befugter Arzt, 3.



Unterschrift, befugter Arzt, 4.

Unterschrift, befugter Arzt, 5.

■ Leistungsbeschreibung und ggf. Kooperationspartner

Chemotherapie, medikamentöse Tumorthherapie <i>- Erwachsene</i>	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
	<input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
Chemotherapie, medikamentöse Tumorthherapie <i>- Kinder</i>	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
	<input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
	<input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
Chirurgie Lymphknotenentnahme, Anlage permanenter ZVK u.a.	<input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
	<input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht
Pathologische Diagnostik Histopathologische Untersuchungen (u.a. Lymphknoten, Leberpunktat, Knochenmark)	<input type="checkbox"/> wird selbst/im Hause erbracht <input type="checkbox"/> wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht

■ Anerkennung der Vertragsbedingungen

Der Vertragspartner tritt dem Vertrag über die **besondere Versorgung von Patienten mit malignen Lymphomen** bei und verpflichtet sich, alle im Vertrag genannten Anforderungen zu erfüllen.

Praxis-/Klinikstempel

Ort, Datum

rechtsverbindliche Unterschrift