

**Anlage 2      Beitrittserklärung des Leistungserbringers als Studienzentrum (Prüfstelle nach § 4 Abs. 25 AMG bzw. § 3 Abs. 1 GCP-Verordnung) zum Vertrag über die Integrierte Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom vom 01.01.2009**

*Diese Beitrittserklärung gilt*

- *für Studienzentren, die erstmals der Vereinbarung zur Integrierten Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom (IV-ML) beitreten möchten,*
- *Für Studienzentren, die der Vereinbarung zur Integrierten Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom (IV-ML) 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.**

## 1. Angaben zum Leistungserbringer

### 1.1 Institution, Anschrift, Telefon, Fax:

**Kompetenznetz  
Maligne Lymphome (KML)**  
Uniklinik Köln  
Joseph-Stelzmann-Strasse 9  
50924 Köln

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

### 1.2 Der Vertragspartner ist Studienzentrum (Prüfstelle nach § 4 Abs. 25 AMG bzw. § 3 Abs. 1 GCP-Verordnung) der folgenden Studiengruppe/n

- Deutsche Hodgkin Studiengruppe (GHSg)
- Deutsche Studiengruppe Hochmaligne Non-Hodgkin Lymphome (DSHNHL)
- Deutsche Studiengruppe Niedrigmaligne Lymphome (GLSG)
- Deutsche Studiengruppe Chronische Lymphatische Leukämie (DCLLSG)
- Ostdeutsche Studiengruppe für Hämatologie und Onkologie e.V. (OSHO)
- Deutsche Studiengruppe Gastrointestinale Lymphome(DSGL)
- Deutsche Studiengruppe Multiples Myelom (DSMM)
- German Multicenter Myeloma Group (GMMG)
- Deutsche Studiengruppe Posttransplantationslymphome (DPTLD SG)
- Deutsche Studiengruppe für Primäre ZNS Lymphome (G-PCNSLSG)
- Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH-HD)

**Durch Ankreuzen der Studiengruppen bestätigt der Leistungserbringer, mit welchen Entitäten er in den Vertrag zur Integrierten Versorgung eintreten möchte.**

### 1.3 Bankverbindung des Leistungserbringers

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

Empfänger: \_\_\_\_\_

BLZ: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

Konto-  
Nr.: \_\_\_\_\_ Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

## 2. Anerkennung der Vertragsbedingungen

**Der Vertragspartner** tritt dem Vertrag über die Integrierte Versorgung von Patienten mit malignem Lymphom vom 01.01.2009 bei und verpflichtet sich, alle im Vertrag genannten Anforderungen zu erfüllen.

Arzt-Nummer oder

Institutionskennzeichen: \_\_\_\_\_

Stempel der Institution

Ort, Datum      Name      rechtsverbindliche Unterschrift (z. B. Vorstand, Praxisinhaber)

**3. An der Versorgung von ML Patienten beteiligte Fachabteilungen des KH bzw. der Universitätsklinik**

**Name der Fachabteilung mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie**

---

**Leitender/e bzw. verantwortlicher/e Arzt/Ärztin:**

---

Name

Email: \_\_\_\_\_

Verbindung (Tel., Fax, E-Mail)

**Falls abweichend, Koordinierender/-e Arzt/Ärztin gemäß § 7 Absatz 1:**

---

Name

Email: \_\_\_\_\_

Verbindungen (Tel., Fax, E-Mail)

**Name der Fachabteilung für pädiatrische Onkologie und Hämatologie**

---

**Leitender/e bzw. verantwortlicher/e Arzt/Ärztin:**

---

Name

Email: \_\_\_\_\_

Verbindung (Tel., Fax, E-Mail)

**Falls abweichend, Koordinierender/-e Arzt/Ärztin gemäß § 7 Absatz 1**

---

Name

Email: \_\_\_\_\_

Verbindungen (Tel., Fax, E-Mail)

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

---

<b>Datum</b>	<b>Name</b>	<b>Unterschrift Leiter/in Fachabteilung/Praxis</b> (Erwachsene ab 18 Jahren)
--------------	-------------	---

---

<b>Datum</b>	<b>Name</b>	<b>Unterschrift Leiter/in Fachabteilung/Praxis</b> (Kinder/Jugendliche unter 18 Jahre)
--------------	-------------	---

gegebenenfalls:

---

<b>Datum</b>	<b>Name</b>	<b>Unterschrift Koordinierende/r Arzt/Ärztin</b> (Abteilung Hämatologie und Onkologie)
--------------	-------------	---

---

<b>Datum</b>	<b>Name</b>	<b>Unterschrift Koordinierende/r Arzt/Ärztin</b> (Abteilung pädiatrische Hämatologie und Onkologie)
--------------	-------------	--

#### 4. Leistungsbeschreibung und ggf. **Kooperationspartner**

##### 1.1 Chemotherapie, medikamentöse Tumorthherapie - Erwachsene

- ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

##### 4.2 Chemotherapie, medikamentöse Tumorthherapie - Kinder

- ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

##### 4.3 Strahlentherapie

- ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

##### 4.2 Chirurgie – Lymphknotenentnahme, Anlage permanenter ZVK u.a.

- ambulante Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ambulante Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird selbst/im Hause erbracht
- ggf. notwendige stationäre Behandlung wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

##### 4.3 Pathologische Diagnostik

Histopathologische Untersuchungen (u.a. Lymphknoten, Leberpunktat, Knochenmark)

- wird selbst/im Hause erbracht
- wird durch externe(n) Kooperationspartner erbracht:

**Name/Anschrift:** \_\_\_\_\_

**Bitte für weitere Einträge die Rückseite benutzen →**