

Bitte drucken Sie dieses Dokument aus, füllen Sie es vollständig aus und übermitteln es an das Sekretariat des IMBS oder ZKS (IMBS: sekretariat@imbs-luebeck.de oder Fax +49 451 500 50604 ZKS: sekretariat@zks-luebeck.de oder Fax +49 451 500 51704).  
Bitte planen Sie für einen Beratungstermin eine Vorlaufzeit von 3 Wochen ein.

An die

Universität zu Lübeck  
Institut für Medizinische Biometrie  
und Statistik (IMBS), ZKS Lübeck  
- Sekretariat -  
Ratzeburger Allee 160, Geb. 24  
  
23562 Lübeck

Hinweis:

Verwenden Sie dieses Formular bitte nur, wenn Sie eine prospektive klinische Studie planen!

**Anmeldung zur Beratung über eine prospektive klinische Studie**  
durch das Institut für Medizinische Biometrie und Statistik (IMBS)/  
das Zentrum für Klinische Studien (ZKS) Lübeck

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Pieper: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Studienleiter/-in:  selbst  folgende Person:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Pieper: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Klinik/Institut - UKSH Campus Lübeck** (bitte ankreuzen):

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin    | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde       | <input type="checkbox"/> Medizingeschichte   | <input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik   |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie     | <input type="checkbox"/> HNO                   | <input type="checkbox"/> Mikrobiol./Hygiene  | <input type="checkbox"/> Radiologie/Nuklearmed.      |
| <input type="checkbox"/> Anatomie            | <input type="checkbox"/> Herzchirurgie         | <input type="checkbox"/> Molekulare Medizin  | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin               |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin      | <input type="checkbox"/> Humangenetik          | <input type="checkbox"/> Neurobiologie       | <input type="checkbox"/> Rheumatologie               |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde      | <input type="checkbox"/> Isotopenlabor         | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie      | <input type="checkbox"/> Rheumakl. Bad Bramstedt     |
| <input type="checkbox"/> Biochemie           | <input type="checkbox"/> Kardiogenetik         | <input type="checkbox"/> Neuroendokrinologie | <input type="checkbox"/> Sozialmedizin/Epidemiologie |
| <input type="checkbox"/> Biologie            | <input type="checkbox"/> Ki.-/Jugendmedizin    | <input type="checkbox"/> Neurogenetik        | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie            |
| <input type="checkbox"/> Biomed. Optik       | <input type="checkbox"/> Kiefer-/Gesichtschir  | <input type="checkbox"/> Neurologie          | <input type="checkbox"/> Stütz-/Bewegungsapparat     |
| <input type="checkbox"/> Chemie              | <input type="checkbox"/> Ki.-/Jug.-psychiatrie | <input type="checkbox"/> Neuroradiologie     | <input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin         |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie I         | <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie       | <input type="checkbox"/> Orthopädie          | <input type="checkbox"/> Urologie                    |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie        | <input type="checkbox"/> Klinische Chemie      | <input type="checkbox"/> Pathologie          | <input type="checkbox"/> Virologie/Zellbiologie      |
| <input type="checkbox"/> Entzündungsforsch.  | <input type="checkbox"/> Med. Klinik I         | <input type="checkbox"/> Pharma-/Toxikologie |  |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsmedizin   | <input type="checkbox"/> Med. Klinik II        | <input type="checkbox"/> Physiologie         |  |
| <input type="checkbox"/> Forschung.- Borstel | <input type="checkbox"/> Med. Klinik III       | <input type="checkbox"/> Plast.Chirurgie     |  |

Sonstige/Externe: \_\_\_\_\_

## Formale Angaben zur klinischen Studie

*In welchem Stadium ist die Studie?*

- Planung
- Durchführung
- Auswertung
- Beantragung

*Wer finanziert die Studie?*

- ausschließlich das Land Schleswig-Holstein
- DFG
- BMBF/BMG
- EU
- Industrie
- sonstige: \_\_\_\_\_

*Zu welchen Bereichen wünschen Sie eine Beratung oder Kooperation?*

- Projektmanagement (z.B. Einreichung bei zuständigen Kommissionen und Behörden)
- Statistik (z.B. Fallzahlkalkulation, Auswertung)
- Datenmanagement (z.B. Erstellung von Case Report Forms, Erstellung einer Datenbank)
- Monitoring (z.B. Schulung und Besuch der Prüfzentren)
- sonstige: \_\_\_\_\_

## Beschreibung der klinischen Studie

*Thema der Studie:*

---

---

*Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Studie (evtl. zusätzlich Synopse beilegen):* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

*Ist bereits früher eine Beratung zu dieser Studie erfolgt?*

- ja, durch das IMBS, Name des/r Beraters/in: \_\_\_\_\_
- ja, durch das ZKS, Name des/r Beraters/in: \_\_\_\_\_
- ja, durch eine andere Einrichtung  
Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
Name des/r Beraters/in: \_\_\_\_\_

nein

*Wird ein/e Berater/in bevorzugt?*

- ja, Name des/r Beraters/in: \_\_\_\_\_
- nein

Der/die verantwortliche Abteilungsleiter/in oder Arbeitsgruppenleiter/in wurde informiert.  
Das "Merkblatt zur statistischen und methodischen Beratung" habe ich zur Kenntnis genommen und stimme zu.

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Als **Antragsteller/in (Ratsuchende/r)** bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich

- als Doktorand/in der Universität zu Lübeck angenommen wurde;
- die Forschungsarbeit im Rahmen meiner Dienstaufgaben als Mitglied der Universität zu Lübeck/des UKSH durchführe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller/in (Ratsuchende/r): \_\_\_\_\_

Als **verantwortliche/r Betreuer/in** bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich

- Angehörige/r der Universität zu Lübeck gemäß Hochschulgesetz bin;
- die wissenschaftliche Betreuung der Arbeit übernommen habe;
- den/die Antragsteller/in mit der selbständigen Durchführung der Forschungsarbeiten beauftragt habe.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift verantwortliche/r Betreuer/in: \_\_\_\_\_

Stempel der Klinik oder des Instituts: