

Bitte drucken Sie dieses Dokument aus, und füllen Sie es vollständig aus. Lassen Sie es von Ihrem/r Betreuer/in unterschreiben und stempeln, und übermitteln Sie es an das Sekretariat des IMBS. Bitte planen Sie für einen Beratungstermin eine Vorlaufzeit von 3 Wochen ein.

An die

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

23562 Lübeck

Hinweis:

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

Anmeldung zur biometrischen Beratung
durch das Institut für Medizinische Biometrie und Statistik

Nachname: _____ Vorname: _____ Titel: _____

Privatanschrift: _____

Tel.: _____ Pieper: _____ E-Mail: _____

Projektverantwortliche/r: 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 zum Vorhaben

Welcher Art ist das Vorhaben?

- allgemeine Beratung
- Dissertation
- Habilitation
- Publikation/Vortrag

In welchem Stadium ist das Vorhaben?

- Planung
- Durchführung
- Auswertung
- Beantragung

Wobei wünschen Sie eine Hilfestellung?

- Planung
- Datenerhebung
- Auswertung
- Antrag für Ethikkommission
- Antrag für Tierkommission

Wer finanziert das Vorhaben?

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

Beschreibung des Vorhabens

Thema des Vorhabens:

Bitte beschreiben Sie kurz Ihr Vorhaben (evtl. zusätzlich Expose beilegen): _____

Ist bereits früher eine biometrische Beratung zu diesem Vorhaben erfolgt?

ja, durch das IMBS, 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 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: