

Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation	FORM
Beratungsstelle KI: Anmeldung zur Beratung	

Interne Nr:	
Name:	Datum:
Klinik/Abt.:	Tel:
E-Mail:	
Arbeitstitel der Studie:	

EK-Votum:	ja, EK-Nr.	nein
Projektbeschreibung: <i>(Fragestellung, Zielparameter, Stichprobenumfang, Design, etc. oder Studienprotokoll)</i>		

Unterstützung: <i>(Beschreiben Sie Ihre Erwartungen wenn möglich)</i>
Beratung
Aktive Beteiligung
Sonstiges

Projektart:
Retrospektive Studie
Sonstiges:
Klinische Studie/MPG Prüfer*in:
Dissertation Diplomarbeit Betreuer*in:

Drittmittel:	
ja, Art der Finanzierung:	nein

Projektstand:	Planung	Daten- erhebung	Auswertung	Manuskript- erstellung	Revision
---------------	---------	--------------------	------------	---------------------------	----------

Die hier gemachten Angaben werden vom imi für Verwaltungszwecke erfasst und vertraulich behandelt.

Datum

Unterschrift

ZURÜCKSETZEN

PER E-MAIL VERSENDEN

AUSDRUCKEN

*Hinweis: Nur die Online-Version dieses Dokuments im Dokumentenlenkungssystem ist die aktuelle und gültige.
Ausgedruckte Versionen sind vor Gebrauch auf Aktualität zu überprüfen.*