

Name Bewerber

Vorname Nachname

Krankenhaus / Klinik

Position und Abteilung

Position Abteilung

Klinik-Adresse

Straße

PLZ, Ort

Email

Telefon

Studiensynopsis

Titel des Projektes

Beschreibung des Projektes

Zielkriterien

sekundäre Kriterien

Projektleiter

Name

Position

Projektdesign

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> prospektiv | <input type="checkbox"/> retrospektiv |
| <input type="checkbox"/> offen | <input type="checkbox"/> blind |
| <input type="checkbox"/> randomisiert | <input type="checkbox"/> fortlaufende Rekrutierung |
| <input type="checkbox"/> multizentrisch | <input type="checkbox"/> monozentrisch |

Wurde bereits eine statistische Fallzahlberechnung durchgeführt / Anzahl notwendiger Probanden

- ja Anzahl: _____
- nein

Geplante Anzahl und Intervalle der Nachuntersuchungen
Voraussichtliche Laufzeit:Rekrutierung:
____ - _____
von bis
Monat/Jahr Monat/JahrNachuntersuchungen
____ - _____
von bis
Monat/Jahr Monat/Jahr

Voraussichtlich Projektkosten _____ €

Höhe der angefragten Förderung _____ €

Verwendung der hier angefragten Fördermittel

- Personalmittel (wiss. Hilfspersonal etc.)
- Sachmittel (Verbrauchsmaterialien, Literatur etc.)
- Apparate, Geräte
- sonstige

Wurden für diese Projekt noch weitere Fördermittel eingeworben

- ja , bei _____
- nein

Ethikvotum bereits beantragt noch nicht beantragt

Angestrebte Publikation der
Ergebnisse in welchem
Journal

Kommentare

Antrag bitte mit Datum und Unterschrift senden an: Aesculap AG
Clinical Science
Am Aesculap Platz
78532 Tuttlingen

Ort, Datum

Unterschrift