Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Dokumentation	FORM
Statistische Ambulanz: Anmeldung zur statistischen Beratung	

Interne-Nr.: _____

Datum Erstgespräch:

Name: | Klinik / Abt.:

E-Mail: | Tel / Fax:

Arbeitstitel der Studie:

EK-Nr:	EudraCT:	ISRCTN:

Projektbeschreibung (Fragestellung, Zielparameter, Stichprobenumfang, Design, etc.):

Unterstützung:
- ☐ Studienplanung
- ☐ Stichprobenplanung
- ☐ Anleitung zur Auswertung
- ☐ Durchführung der Auswertung
- ☐ Unterstützung bei Publikation
- ☐ Sonstiges:

Projektart:
- ☐ Dissertation/Diplomarbeit
- ☐ Klinische Studie
  - ☐ AMG/MPG
- ☐ Sonstiges:

Betreuer/in:

Verantwortliche/r:

Drittmittelförderung : ☐ ja: ☐ Antrag an: ☐ nein

Projektstand:

☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8	☐ 9	☐ 10	☐ 11	☐ 12
Planungsphase			Datenerhebungsphase			Auswertungsphase				fast (druck)fertig	

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

Datum | Unterschrift

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