

## Anmeldung zur allgemeinen biometrischen Beratung

Angaben zur Person			
Angehöriger MHH*	Ja	Lehrkrankenhaus	extern
Anrede*	Frau Herr	Titel	Professor Doktor
Name*		Vorname*	
Email*		Telefon*	
Klinik-/Institutsbezeichnung*		OE-Nummer*	
Projektleiter / Betreuer (bei Doktorarbeiten)			
Anrede*	Frau Herr	Titel	Professor Doktor
Name*		Vorname*	
Email*		Telefon*	
Klinik-/Institutsbezeichnung*		OE-Nummer*	
Angaben zum Projekt			
Art der Arbeit	Promotion Habilitation anderes wissenschaftliches Projekt / Forschungsvorhaben		
Arbeitstitel des Projekts / der Studie*			
Kurzbeschreibung des Projekts (Fragestellung, Zielparameter, verfügbare Fallzahl, etc.)			
Projekttyp*	Laborexperiment Tierexperiment Beobachtungsstudie Humanexperiment (kl. Studie)	Finanzierung	keine Hausmittel Drittmittel öffentlich Drittmittel Industrie
Angaben zur Beratung			
Beratung erwünscht zu	Planung Vorbereitung eines Förderantrags Vorbereitung eines Ethikantrags		Durchführung Auswertung Publikation Review eines Papers
Frühere biometrische Beratungen in dieser Angelegenheit?	Ja Nein	Wenn ja, bei wem?	
Ich habe die Richtlinien zur Beratung durch das Institut für Biometrie zur Kenntnis genommen und willige ein*			

**\*Pflichtfelder**

Wir freuen uns, wenn wir Sie im Rahmen Ihrer wissenschaftlichen Projekte unterstützen und mit Ihnen kooperieren können, oder wenn wir einen Beitrag dazu leisten können, dass Sie erfolgreich einen Antrag bei der Ethikkommission stellen. Wir möchten jedoch darauf hinweisen, dass die Nennung eines Mitarbeiters des Instituts für Biometrie (auch in einer entsprechenden Danksagung) der Zustimmung bedarf. In diesem Falle legen Sie uns bitte den entsprechenden Antrag oder die entsprechende Publikation mit angemessener Frist zur Kommentierung vor.

Mit Ihrer Anmeldung stimmen Sie zu, dass die hier erfragten Informationen im Institut für Biometrie für Verwaltungszwecke erfasst werden. Das Institut für Biometrie sichert zu, dass die Informationen vertraulich behandelt werden. Weitere Informationen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und speziell zu Ihren Rechten finden Sie unter <https://www.mh-hannover.de/mhh-datenschutz.html>.

Nach dem Senden bitte das Formular unterschrieben an das Institut für Biometrie per Mail: [biometrie@mh-hannover.de](mailto:biometrie@mh-hannover.de) oder Fax 0511-532-164378 abschicken. Vielen Dank!

Datum: [ ] [ ] . [ ] [ ] . [ ] [ ] [ ] [ ]

Unterschrift: \_\_\_\_\_