

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.

An das

Institut für Medizinische Biometrie  
und Statistik (IMBS)  
UK-SH – Campus Lübeck  
- Sekretariat -  
Maria-Goeppert-Straße 1, 4. O.G.  
  
23562 Lübeck

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

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Privatanschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Pieper: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

*Verantwortliche/r Betreuer/in:*

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

**Klinik/Institut - UKSH Campus Lübeck** (bitte ankreuzen):

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin   | <input type="checkbox"/> Forschung.- Borstel   | <input type="checkbox"/> Med. Klinik III     | <input type="checkbox"/> Psychiatrie/Psychosomatik |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie    | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde       | <input type="checkbox"/> Medizingeschichte   | <input type="checkbox"/> Radiologie/Nuklearmed.    |
| <input type="checkbox"/> Anatomie           | <input type="checkbox"/> HNO                   | <input type="checkbox"/> Mikrobiol./Hygiene  | <input type="checkbox"/> Rechtsmedizin             |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin     | <input type="checkbox"/> Herzchirurgie         | <input type="checkbox"/> Molekulare Medizin  | <input type="checkbox"/> Rheumatologie             |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde     | <input type="checkbox"/> Humangenetik          | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie      | <input type="checkbox"/> Rheumakl. Bad Bramstedt   |
| <input type="checkbox"/> Biochemie          | <input type="checkbox"/> Isotopenlabor         | <input type="checkbox"/> Neuroendokrinologie | <input type="checkbox"/> Sozialmedizin             |
| <input type="checkbox"/> Biologie           | <input type="checkbox"/> Ki.-/Jugendmedizin    | <input type="checkbox"/> Neurologie          | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie          |
| <input type="checkbox"/> Biomed. Optik      | <input type="checkbox"/> Kiefer-/Gesichtschir. | <input type="checkbox"/> Neuroradiologie     | <input type="checkbox"/> Stütz-/Bewegungsapparat   |
| <input type="checkbox"/> Chemie             | <input type="checkbox"/> Ki.-/Jug.-psychiatrie | <input type="checkbox"/> Orthopädie          | <input type="checkbox"/> Transfusionsmedizin       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie I        | <input type="checkbox"/> Kinderchirurgie       | <input type="checkbox"/> Pathologie          | <input type="checkbox"/> Urologie                  |
| <input type="checkbox"/> Dermatologie       | <input type="checkbox"/> Klinische Chemie      | <input type="checkbox"/> Pharma-/Toxikologie | <input type="checkbox"/> Virologie/Zellbiologie    |
| <input type="checkbox"/> Entzündungsforsch. | <input type="checkbox"/> Med. Klinik I         | <input type="checkbox"/> Physiologie         |  |
| <input type="checkbox"/> Epidemiologie      | <input type="checkbox"/> Med. Klinik II        | <input type="checkbox"/> Plast.Chirurgie     |  |

Sonstige/Externe: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Pieper: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

## 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):* \_\_\_\_\_

---

---

---

---

*Um welche Fragestellung handelt es sich?*

- diagnostisch
- therapeutisch
- prognostisch
- Krankheitsursachen/-mechanismen
- sonstige: \_\_\_\_\_

*Welcher Art ist die Studie?*

- klinisch
- epidemiologisch
- tierexperimentell
- sonstige: \_\_\_\_\_

*Dient die Studie der Hypothesenprüfung oder Hypothesengenerierung?*

- Hypothesenprüfung
- Hypothesengenerierung

*Falls Hypothesenprüfung: Welche Hypothese(n) soll(en) überprüft werden?*

---

---

---

---

---

*Ist eine Veröffentlichung und/oder ein Vortrag geplant? (außer einer Dissertation)*

ja, wo? \_\_\_\_\_

nein

*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 am Fachbereich Humanmedizin der Universität zu Lübeck angenommen wurde;

die Forschungsarbeit im Rahmen meiner Dienstaufgaben als Mitglied der Medizinischen Fakultät 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 Medizinischen Fakultät 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: