



Universitätsklinikum Essen

Antrag auf Nutzung von Biobankproben

biobank@uk-essen.de
Tel: 0201-723 1667

wbe

WESTDEUTSCHE
BIOBANK ESSEN

Seite 1 von 4

Westdeutsche Biobank Essen
Universitätsklinikum Essen
Sekretariat Biobank
Dekanat EG, Raum 0.003
Hufelandstr. 55
45147 Essen

Projektnummer

(wird von der Biobank ausgefüllt)

Referenznummer:

|_____/_____|

Allgemeine Angaben

1	Antragsdatum
2	Projekttitel
3	Antragssteller Name: Institut/Klinik: Adresse: Email: Telefon/Fax:

Angaben zum Projekt

4	Antragsart Zugriff auf bestehende Sammlung <input type="checkbox"/> Prospektive Sammlung <input type="checkbox"/> Erweiterungsantrag <input type="checkbox"/>
5	Kooperationspartner UK Essen internes Projekt <input type="checkbox"/> Kooperationspartner: Kooperationsprojekt mit externen Partnern <input type="checkbox"/> Kooperationspartner: Auftragsforschung <input type="checkbox"/> Kooperationspartner:
6	Projektplanung Durchführungsdauer:
7	Forschungsförderung
8	Ethik-Votum Ethik-Votum liegt vor <input type="checkbox"/> Ethik-Nummer: Votum gültig bis:



	Auflagen der Ethik-Kommission:																			
9	Projektziel (Bitte geben Sie in wenigen Sätzen Ihr Projektziel an.)																			
10	Projektbeschreibung (Bitte beschreiben Sie Ihr Projekt auf max. 3 Seiten und legen die Beschreibung diesem Projektantrag bei.) Die Projektbeschreibung soll folgende Punkte beinhalten: <ol style="list-style-type: none"> 1.) Wissenschaftlicher Hintergrund 2.) Fragestellung des Projekts 3.) Vorarbeiten/Literaturangaben 4.) Geplante Untersuchungen/Analysemethoden 5.) Einbindung von Kooperationspartnern 																			
Beschreibung des Probenmaterials/der Daten																				
11	Beschreibung festes Probenmaterial <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Tumortyp/Klassifikation</th> <th style="width: 33%;">Materialart (FFPE/Kryo)</th> <th style="width: 33%;">Anzahl</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Tumortyp/Klassifikation	Materialart (FFPE/Kryo)	Anzahl															
Tumortyp/Klassifikation	Materialart (FFPE/Kryo)	Anzahl																		
12	Beschreibung flüssiges Probenmaterial <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Klassifikation</th> <th style="width: 33%;">Materialart (Serum/Plasma/etc.)</th> <th style="width: 33%;">Anzahl/Menge (µl)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Klassifikation	Materialart (Serum/Plasma/etc.)	Anzahl/Menge (µl)															
Klassifikation	Materialart (Serum/Plasma/etc.)	Anzahl/Menge (µl)																		
13	Beschreibung Patientenkollektiv Geben Sie Auskunft über die Größe des benötigten Patientenkollektivs.																			



Universitätsklinikum Essen

Antrag auf Nutzung von Biobankproben

biobank@uk-essen.de
Tel: 0201-723 1667

wbe

WESTDEUTSCHE
BIOBANK ESSEN

Seite 3 von 4

14	<p>Klinische Daten:</p> <p style="text-align: right;">Alter <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Geschlecht <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Sonstiges _____</p> <p>Benötigte Daten:</p>																								
15	<p>Benötigte Serviceleistungen</p>																								
16	<p>Zustimmung Probenerbringer</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">Name</th> <th style="width: 33%;">Klinik/Institut</th> <th style="width: 33%;">Datum/Unterschrift</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name	Klinik/Institut	Datum/Unterschrift																					
Name	Klinik/Institut	Datum/Unterschrift																							
17	<p>Kostenstelle Haushalt Drittmittel</p> <p>Bitte geben Sie für die Verrechnung über Haushaltsmittel Ihre F&L-Kostenstelle an. Für die Verrechnung über Drittmittel geben Sie bitte das Drittmittelprojekt (D\10X-XXXXX) an.</p>																								
18	<p>Datum, Unterschrift Antragsteller</p>																								