

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

Projektnummer Referenznummer:
(wird von der Biobank ausgefüllt) | _____ / _____ |

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: 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		
	Tumortyp/Klassifikation	Materialart (FFPE/Kryo)	Anzahl
12	Beschreibung flüssiges Probenmaterial		
	Klassifikation	Materialart (Serum/Plasma/etc.)	Anzahl/Menge (µl)
13	Beschreibung Patientenkollektiv		
	Geben Sie Auskunft über die Größe des benötigten Patientenkollektivs.		



Projektantrag

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: center;">Alter Geschlecht</p> <p>Benötigte Daten:</p> <p style="text-align: center;">Sonstiges _____</p>																					
15	<p>Benötigte Serviceleistungen</p>																					
16	<p>Zustimmung Probenerbringer</p> <table border="1"><thead><tr><th>Name</th><th>Klinik/Institut</th><th>Datum/Unterschrift</th></tr></thead><tbody><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</p> <p>Haushalt</p> <p>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-XXXX) an.</p>																					
18	<p>Datum, Unterschrift Antragsteller</p>																					