Per Mail zurück an: RDia.Studienzentrum@uniklinik-freiburg.de

|  |  |
| --- | --- |
| Verantw. Projektleiter/in oder Prüfarzt/ärztin: |  |
| Ansprechperson/Studienassistent/in: |  |
| Abteilung: |  |
| Name der Studie: |  |
| Kurzform/Studienkürzel: |  |
| Site ID/interne Nummer: |  |
| Sponsor/CRO: |  |
| Oder: Investigator Initiated Trial (IIT) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erbetene **CT**-Leistung | geplantes Untersuchungsintervall | Intervall ist Regelversorgung? |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erbetene **MRT**-Leistung | geplantes Untersuchungsintervall | Intervall ist Regelversorgung? |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Erbetene **Röntgen**-Leistung | geplantes Untersuchungsintervall | Intervall ist Regelversorgung? |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |
|  |  | Ja Nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Auswertungsmethode (Recist, Cheson, andere): |  |
| Weitere Leistungen  (z.B. Kurzbefund, Befund, Datenversand,  Test-/Phantommessung/Probandenmessung): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BfS-Genehmigung: | *Bitte anklicken und auswählen:* |  |
| BfS- Heilkundebestätigung: | *Bitte anklicken und auswählen:* |  |
| Ethikvotum: | *Bitte anklicken und auswählen:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| MR/CT-Protokoll/Imaging Guidelines liegen bei |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorgesehener Beginn/FPI: |  |
| Geplante Dauer: |  |
| Voraussichtliche Anzahl Patienten: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum: |  | Name: |  |

Per Mail zurück an: RDia.Studienzentrum@uniklinik-freiburg.de