

# Projektantrag

## Institut für Klinische Pathologie

### Allgemeine Angaben

#### Projektleiter\*in

Name: \_\_\_\_\_

Klinik/Institut/Abteilung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

#### Projektbeschreibung

Titel: \_\_\_\_\_

Kurzbeschreibung/Ziele:

---

---

---

---

Versuchsplanung/Methoden (Durchführung seitens des Instituts für Klinische Pathologie):

---

---

**Ethikvotum/Tierversuchsantrag** (Angabe für die Bearbeitung von Projekten mit Biomaterialien zwingend erforderlich!)

Das geplante Forschungsprojekt wurde in seiner aktuellen Form von der Ethik-Kommission begutachtet und folgendes Ethikvotum erlassen:

**Antrag-Nr:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

Für das geplante Forschungsprojekt in seiner aktuellen Form liegt folgender Tierversuchsantrag vor:

**Antrag-Nr:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

#### Projektförderung

Projekt ist Teil folgender Förderung:

**Strukturelle Förderung:**  DKTK  CCI  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Gruppen-/Einzelförderung:**  SFB  DFG  BMBF  FoKo  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Keine Förderung**

Bitte jeweils angeben:

**Nr./Programm:** \_\_\_\_\_ **Förderperiode:** \_\_\_\_\_

Eine lückenlose Finanzierung des geplanten Forschungsprojektes wird garantiert.

**Projektbearbeitung** (Nur für interne Projekte des Instituts für Klinische Pathologie anzugeben!)

Folgende\*r Student\*in/Doktorand\*in wird auf dieses Projekt angemeldet: \_\_\_\_\_

**Anfrage Biobank**

**Benötigtes Gewebe**

Tumortyp/Organ/Gewebe/Zellen (ggfs. Kontrollgewebe angeben):

\_\_\_\_\_

Kryo     Paraffin     Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Umfang** (ggfs. detaillierte Auflistung der durchzuführenden Leistungen beilegen)

Fallzahl Kollektiv (PIZ.Liste beifügen): \_\_\_\_\_ Anzahl Blöcke: \_\_\_\_\_ Schnitte pro Block (Schnittdicke angeben): \_\_\_\_\_

IHC (Anzahl Antikörper pro Block): \_\_\_\_\_ Sonderfärbungen (Anzahl pro Block): \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Voraussichtliches Projektende (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

**Kooperationsvereinbarung**

**Kooperationspartner\*innen** (zusätzlich zu Antragsteller\*in)

Name	Abteilung/Institution	Datum	Unterschrift
	Institut für Klinische Pathologie, Freiburg		

**Genehmigungsverfahren (wird vom Institut für Klinische Pathologie bearbeitet!)**

Der Antrag muss genehmigt werden durch:

CCCF-Board Shared Resources



\_\_\_\_\_  
 Wissenschaftlicher Direktor CCCF

\_\_\_\_\_  
 Sprecher operative Disziplinen

\_\_\_\_\_  
 Leiter Institut für Klinische Pathologie

CCI Internal Board



\_\_\_\_\_  
 Wissenschaftlicher Leiter CCI

\_\_\_\_\_  
 Leiter Institut für Klinische Pathologie

Core Facility Histopathologie und Digitale Pathologie



\_\_\_\_\_  
 Leitung Core Facility Histopathologie und Digitale Pathologie

intern



\_\_\_\_\_  
 Leiter Institut für Klinische Pathologie

## Projektantrag Institut für Klinische Pathologie

### Vereinbarungen

#### ► Datenschutz

Biomaterialien und Daten für Forschungszwecke werden in pseudonymisierter Form seitens des Instituts für Klinische Pathologie zur Verfügung gestellt. Projektleiter\*in sowie alle aufgeführten Kooperationspartner\*innen sind dazu verpflichtet, die Anforderungen der Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten einzuhalten.

#### ► Projektbindung

Biomaterialien und Daten dürfen nur für den beantragten Forschungszweck verwendet und vom Empfänger nicht zu anderen Zwecken weitergegeben werden. Nicht verbrauchtes Material wird an die Biobank zurückgegeben oder nach Rücksprache dokumentiert vernichtet. Alle personenbezogenen Daten werden zum frühestmöglichen Zeitpunkt, spätestens jedoch 10 Jahr nach Veröffentlichung der Forschungsergebnisse, anonymisiert oder gelöscht.

#### ► Aufwandsausgleich

Ich bin damit einverstanden, die in der Projektbesprechung bzw. dem Kostenvoranschlag aufgeführten Kosten für Verbrauchsmittel und ggfs. Arbeitszeit zu übernehmen. Die Abrechnung erfolgt nach jeweils gültiger Preisliste.

#### ► Co-Autorenschaften

Ich gewährleiste den Kooperationspartnern\*innen seitens des Instituts für Klinische Pathologie folgende Co-Autorenschaften\*:

---

\* Bitte entsprechende Affiliation angeben: 1. Institute for Surgical Pathology, Medical Center – University of Freiburg, Freiburg, Germany, 2. Faculty of Medicine, University of Freiburg, Freiburg, Germany, 3. Comprehensive Cancer Center Freiburg, Medical Center – University of Freiburg, Freiburg, Germany, 4. German Cancer Consortium (DKTK) and German Cancer Research Center (DKFZ), Heidelberg, Germany

Falls keine Co-Autorenschaft vereinbart wurde, bin ich damit einverstanden, im Falle einer Publikation das Institut für Klinische Pathologie bzw. die CCCF-Biobank in den Acknowledgements zu nennen.

Ich setze das Institut für Klinische Pathologie über eine erfolgte Veröffentlichung in Kenntnis und sende das entsprechende PDF-Dokument an folgende Email-Adresse:

[pathologie.projektkoord@uniklinik-freiburg.de](mailto:pathologie.projektkoord@uniklinik-freiburg.de)

#### Antragsteller\*in:

Hiermit bestätige ich, dass ich mit den Vereinbarungen des Projektantrages einverstanden bin.

Ich willige ein, dass die Projektstudien Daten, in Kooperation mit der CCCF-Biobank, zur Eintragung in das Studienregister des Zentrums Klinische Studien (ZKS) an das Studienzentrum weitergeleitet werden.

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Antragsteller\*in

#### Leiter Institut für Klinische Pathologie:

Ich bestätige, dass ich mit den Vereinbarungen des Projektantrags einverstanden bin.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
Leiter Institut für Klinische Pathologie

**Bitte senden Sie den ausgefüllten Projektantrag an: [pathologie.projektkoord@uniklinik-freiburg.de](mailto:pathologie.projektkoord@uniklinik-freiburg.de)**