Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

UNI FREIBURG
UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG
FREEZE-Biobank
Breisacher Straße 115
79106 Freiburg

Ansprechpartner:
FREEZE-Koordinationsteam
koordination.freeze-biobank@uniklinik-freiburg.de
Telefon: 0761 270-77741

FREEZE Biobank
Universitätsklinikum Freiburg und Medizinische Fakultät
Zentrum für Biobanking

Antrag auf Kohortenaufbau/Studien

im Rahmen der Serviceleistungen der FREEZE-Biobank

Allgemeine Angaben	
1	Datum:
2	Leitung:
3	Klinik/Institut/Abteilung:
4	Institution:
5	Kontaktdaten: _____ Adresse _____ E-Mail _____ Telefon

Angaben zur geplanten Kohorte/Studie	
6	**Antragsart:** ☐ Intern ☐ Kooperation mit externen Partner*innen ☐ Kooperation mit Industriepartnern Auflistung der Kooperationspartner*innen:
7	**Ziel der Bioprobensammlung** ☐ Kohortenaufbau ☐ Studie Ethikvotum vorhanden: ☐ ja ☐ nein Falls nein, ist Beratung zur Antragstellung erwünscht? ☐ ja ☐ nein
8	Einschlusskriterien für Kohorte/Studie:
9	**Art der Bioprobensammlung** ☐ Flüssigproben ☐ Gewebeproben ☐ Organoide ☐ Patient-derived cell lines
10	Anzahl Patient*innen/Jahr: _____ Anzahl Proband*innen/Jahr: _____

Formular drucken | Formular zurücksetzen

FREEZE Biobank
Universitätsklinikum Freiburg und Medizinische Fakultät
Zentrum für Biobanking

UNI FREIBURG

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Antrag auf Kohortenaufbau/Studien
im Rahmen der Serviceleistungen der FREEZE-Biobank

Angaben zur Finanzierung	
11	**Finanzierung** ☐ Interne Mittel ☐ Externe Mittel ☐ Industrie ☐ Sonstige: _____ ☐ Bisher keine Mittel ☐ Antragstellung geplant: _____

Datum	Name Projektleiter*in (bitte in Druckbuchstaben)	Unterschrift Projektleiter*in