



Anfrage für Ärzte bei Interesse an einer Studie der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein Campus Kiel

Sehr geehrte Frau Kollegien, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie haben Interesse an der Teilnahme an einer klinischen Studie für Ihre Patientin / Ihren Patienten?

Um sie gezielt informieren zu können, bedarf es einiger kurzer Angaben.

Bitte fügen Sie aus Datenschutzgründen das schriftliche Einverständnis Ihrer Patientin / ihres Patienten bei.

Senden Sie uns bitte das ausgefüllte Formular und die unterschriebene Einverständniserklärung per Fax oder auf dem Postweg zu.

Wir werden uns dann kurzfristig mit Ihnen in Verbindung setzen.

Wir stellen sicher, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden und vor der Einsicht Dritter geschützt sind. Für die Übertragung Ihrer Daten können wir keine Haftung übernehmen.

Ihr Studienteam der Neurochirurgie.

Angaben zur Erkrankungssituation

Um welche Erkrankung handelt es sich?

Bei Tumorerkrankungen

Tumordiagnose: Primärtumor Rezidiv

Metastasierung: ja nein

Bisher erfolgte Therapien / Behandlungen:

Ihre Kontaktdaten: Titel, Name: Vorname: Email:
Telefon: Fax:
Anschrift:

Angaben zur Patientin / zum Patient: Name: Vorname: Geb. Datum:
Anschrift: Straße: PLZ: Ort:
Telefonnummer mit Vorwahl: Mobilfunknummer:
Emailadresse: Geschlecht: w m

Möchten Sie, dass die Kontaktaufnahme über Sie läuft oder sollen wir uns direkt an die Patientin / den Patienten wenden?

Die Kontaktaufnahme soll über mich laufen Die Kontaktaufnahme soll direkt über den Patienten laufen