

ANTRAGSFORMULAR  
für die Nutzung der  
3T MRI CORE FACILITY (MRI-CF)  
der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und des  
Universitätsklinikums Düsseldorf

**Titel der beantragten Studie:**

Verantwortliche(r) LeiterIn:

Kontaktdaten (Telefonnr., E-Mail):

Klinik/Institut:

Kostenstelle/Innenauftragsnr.:

**Geplanter Studienablauf (ggf. Beiblatt einfügen):**

- Projektbeschreibung:
- Methodik:
- Ziel:
- Geplante Probandenanzahl:
- Zeit pro Messung/Gesamtzeit:

**Geplanter Beginn der Studie:**

**Geplantes Ende der Studie:**

Hinweis: Die Nutzung der MRI-CF ist grundsätzlich kostenpflichtig. Die Höhe der Kosten beträgt 150€ pro Stunde.

Mit der Unterzeichnung dieses Antrags bestätige ich die Richtigkeit der Angaben und nehme zur Kenntnis, dass Falschinformationen zum Ausschluss der Nutzung führen können.

Datum/Unterschrift des Antragsteller