

Formular zur Laborwerterhebung im Rahmen von Studien

Ihre Ansprechpartner im Zentrallabor: Sekretariat Frau Lottritz 17769 Zentrallab@med.uni-duesseldorf.de
Med. Ltg. ZL OA Dr. Hermsen 715-0751 (18020)

Studienleiter:	Tel:	E-Mail:			
Klinik / Institut:					
Ansprechpartner: (falls nicht Studienleiter)	Tel:	E-Mail:			
Studientitel:					
Probengut:	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Plasma	<input type="checkbox"/> Vollblut	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Liquor
	<input type="checkbox"/> Punktat:	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
Voraussichtliche Probenzahl	Beginn der Studie	Ende der Studie			

Gewünschte Messgrößen aus dem Routinespektrum des ZL:

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Studientyp: (Bitte Merkblatt beachten!)

Typ A) Studie mit aufgenommenen Patienten des UKD (ohne gesondertes Einsenderetikett)

Typ B) Studie mit aufgenommenen Patienten des UKD (mit Einsenderetikett Studienkostenstelle).

Typ C) Studie mit nicht aufgenommenen Patienten

Typ D) Sonstige Studien

- Studie aus Industriemitteln (Abrechnung DKG-NT Vollkosten)
- Studie aus DFG - Mitteln o.ä. (Abrechnung DKG-NT Sachkosten)

Studienfinanzierung und Abrechnungssatz

- Pro Quartal vom Drittmittelkonto, Innenauftragsnr.: _____

Studien über ILV-Abrechnung werden aus rechtlichen Gründen nicht mehr von uns unterstützt.

Abrechnungsmodus

- Sie erhalten bzw. können anfordern
- Kostenvoranschlag bzw. Sonderpreisliste
- Referenzbereiche, Ringversuchszertifikate und Akkreditierungsurkunde
- Einsenderetiketten (Studie Typ B, C und D)
- Sonstige Unterlagen: _____

- Ausdruck auf Station / Ambulanz: _____
- Versand per Hauspost an Studienleiter / **POSTFACH-NR.:**
- Versand per Hauspost an Ansprechpartner / **POSTFACH-NR.**

Befundübermittlung (falls nicht Typ A)

Ich habe das Merkblatt zu diesem Formular gelesen und akzeptiert. Ich bin mit der Abrechnung über das angegebene Drittmittelkonto bzw. die angegebene Kostenstelle gemäß Kostenvoranschlag oder Sonderpreisliste des Zentrallabors einverstanden. Eine Kostenübernahmeerklärung des Drittmittelgebers liegt vor und wird zugesandt.

(Datum, Unterschrift Studienleiter)

Freigabe der Studie nach medizinischer Beurteilung und Klärung des organisatorischen Ablaufs im Zentrallabor durch:

(Datum, Unterschrift Univ.-Prof. Dr. med. F. Boege; i.V. Dr. Hermsen, Dr. Barthuber)