

## Dokumentation der biometrisch statistischen Beratung

Datum:                    \_\_\_.\_\_.20\_\_  
 1. Berater:  
 2. Berater:  
 Anfrage von: \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Institution/Klinik: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 eMail: \_\_\_\_\_  
 Thema: \_\_\_\_\_

Stadium der Arbeit:	<input type="radio"/> Planungsphase <input type="radio"/> Datenanalyse – liegt ein Votum der Ethikkommission vor <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Nachbearbeitung - liegt ein Votum der Ethikkommission vor <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Anderes
Verwendung der Arbeit:	<input type="radio"/> Diplomarbeit <input type="radio"/> Dissertation <input type="radio"/> Habilitation <input type="radio"/> Vortrag <input type="radio"/> Publikation <input type="radio"/> Einreichung bei der Ethikkommission <input type="radio"/> Anderes: _____
Welche Statistikkenntnisse besitzen Sie?	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Statistikvorlesung <input type="radio"/> Kurs des Departments <input type="radio"/> Sonstige <input type="radio"/> Klinischer Prüfer
Erhalten Sie sonstige statistische Beratung bei einer anderen Institution	
<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, durch _____	
Finanzielle Unterstützung:	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> FWF oder Nationalbank <input type="radio"/> EU-Projekt <input type="radio"/> öffentl. Institution <input type="radio"/> Industrie
Ziel der Kooperation:	<input type="radio"/> Co-Autorenschaft bei Publikation <input type="radio"/> Finanzielle Abgeltung, Vertrag <input type="radio"/> §26 UG 2002 <input type="radio"/> §27 UG 2002 <input type="radio"/> Kooperationsvertrag <input type="radio"/> Nur Beratung

Ich bin mit der Veröffentlichung von Name, Klinik und Thema im Tätigkeitsbericht  
des Departments für Med. Statistik, Informatik und Gesundheitsökonomie  
einverstanden:  Ja  Nein

Datum: \_\_.\_\_.20\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---

### Bei Diplomarbeiten oder Dissertationen:

Einer Weiterverwendung der Daten durch den/die biometrische/n Betreuer/in wird  
zugestimmt:  Ja  Nein

Datum: \_\_.\_\_.20\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Betreuer/in

Name des Betreuers/der Betreuerin  
(in Blockbuchstaben): \_\_\_\_\_

---

### Abschluss:

Datum: \_\_.\_\_.20\_\_

Ergebnis:

- Publikation
- Finanzielle Abgeltung, Abrechnung über Department
- Acknowledgment in Publikation, Diplomarbeit oder Dissertation
- Beratung ohne Publikation beendet

Begründung: \_\_\_\_\_

Geschätzter Zeitaufwand:

\_\_\_ Tage \_\_\_ Stunden