

Dokumentation der biometrisch statistischen Beratung

Datum: _____ *(erforderlich!)* (zb. 01.01.2019)

1. Berater: _____

2. Berater: _____

Anfrage von: _____

Name: _____ *(erforderlich!)*

Institution/Klinik: _____ *(erforderlich!)*

Telefon: _____

eMail: _____ *(erforderlich!)*

Thema: _____ *(erforderlich!)*

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: _____ Unterschrift: _____
(zb. 01.01.2013)

Bei Diplomarbeiten oder Dissertationen:

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

Datum: _____ Unterschrift: _____
(zb. 01.01.2013) Betreuer/in

Name des Betreuers/der Betreuerin
(in Blockbuchstaben): _____

Abschluss:

Datum: _____ (zb. 01.01.2013)

Ergebnis:

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

Begründung: _____

Geschätzter Zeitaufwand:

___ Tage ___ Stunden