



Anmeldung zur statistischen Beratung

Name: _____ Datum Erstgespräch: _____
 Klinik / Abt.: _____
 E-Mail: _____ Tel / Fax: _____
 Arbeitstitel der Studie: _____

EK-Nr:	EudraCT:	ISRCTN:
--------	----------	---------

Projektbeschreibung (Fragestellung, Zielparame-ter, Stichprobenumfang, Design, etc.):

Unterstützung: Studienplanung Durchführung der Auswertung
 Stichprobenplanung Unterstützung bei Publikation
 Anleitung zur Auswertung Sonstiges:

Projektart: Dissertation/Diplomarbeit Klinische Studie Sonstiges:
 Betreuer/in: _____
 Verantwortliche/r: _____

Drittmittelförderung : ja: Antrag an: nein

Projektstand: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Planungsphase Datenerhebungsphase Auswertungsphase fast (druck)fertig

Die hier gemachten Angaben werden vom imi für Verwaltungszwecke erfasst und vertraulich behandelt.

_____ Datum _____ Unterschrift