**eingereicht am:** Datum

**Titel der Studie / des Projektes:** °°°°°

**Kürzel der Studie:** °°°°°°

**interne Nummer:** °°°°°

**Principle Investigator:** °°°°°

**Initiierende Einrichtung:** °°°°°

**Ansprechperson:** °°°°°

*(Name, Vorname, E-Mailadresse, Telefonnummer)*

**weitere beteiligte Personen / Einrichtungen:**

°°°°°

**Kurzzusammenfassung der Studie / des Projektes:**

°°°°°

**Art der Studie:** Bitte wählen.

*(Im Falle eines sponsor initiated trials (SIT) wird zwingend ein separater Kooperationsvertrag mit der Universitätsklinik und Poliklinik für Radiologie abgeschlossen, u.a. zur Regelung der Art und des Umfangs von zusätzlichen ärztlichen Leistungen und deren Abrechnung im Rahmen der innerbetrieblichen Leistungsverrechnung.)*

**Förderung der Studie / des Projektes durch:***(Bitte geben Sie den Fördergeber und ggf. das Förderkennzeichen an.)*

°°°°°

**Ethikvotum vorhanden:** Bitte wählen.

**Bearbeitungsnummer der Ethikkommission:** °°°°°

**Ggf. Tierversuchsgenehmigung:** Bitte wählen.

**Ggf. Bearbeitungsnummer
(Landesamt für Verbraucherschutz):** °°°°°

**Kostenstelle(n)**

*(Kostenstelle(n) über die, die Messungen entsprechend Anlage II der HMRICF-Nutzerordnung durch das Zentrum für Medizinische Grundlagenforschung (ZMG) in Rechnung gestellt werden können. Im Falle, dass die Studie von mehreren Einrichtungen durchgeführt wird, kann der Abrechnungsbetrag auf mehrere Kostenstellen aufgeteilt werden.)*

**Kostenstelle 1:** °°°°° **Anteil:** °°°°°% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Prozentualer Anteil des Unterschrift

 Abrechnungsbetrages.) Kostenstellenverantwortliche\*r

**Kostenstelle 2:** °°°°° **Anteil:** °°°°°% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Prozentualer Anteil des Unterschrift

 Abrechnungsbetrages.) Kostenstellenverantwortliche\*r

**Kostenstelle 3:** °°°°° **Anteil:** °°°°°% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Prozentualer Anteil des Unterschrift

 Abrechnungsbetrages.) Kostenstellenverantwortliche\*r

**Kostenstelle 4:** °°°°° **Anteil:** °°°°°% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Prozentualer Anteil des Unterschrift

 Abrechnungsbetrages.) Kostenstellenverantwortliche\*r

**Anzahl der teilnehmenden Personen / Tiere:** °°°°°

**Zeitaufwand pro Person / Tier:** °°°°°

**Geplanter Start der Studie:** Datum **Geplantes Ende der Studie:** Datum

**Benötigte Zeit zur Initialisierung des Projektes:** °°°°° Messtermine zu je °°°°° Stunden
*(Zeit bevor der/die erste Versuchsteilnehmer\*in gemessen wird, z.B. zum Testen des Versuchsaufbaus [z.B. Wahl der Spulenkonfiguration, Anpassung der MR-Sequenzen, Erprobung des Ableitens von Biosignalen])*

**Zugang:** Bitte wählen.
*(Eigenständiger [non-assisted] Zugang zu Geräten der HMRICF setzt Absolvierung eines Basiskurses sowie erfolgreich absolvierte initiale Untersuchungen unter Anleitung des HMRICF-Personals voraus.)*

**Technische Anforderungen für die Durchführung des Projektes:**
*(Geben Sie bitte an, ob spezielle Hardware (z.B. Präsentationsmonitor, Systeme zur Biosignalableitung, Patientenmonitoring, Kontrastmittelinjektor, Atem- und Narkosegase, Verbrauchsmaterial etc.) oder Software (z. B. Sequenzen oder Auswertungssoftware) für die Durchführung der Studie notwendig sind.)*

Technische Anforderungen hier bitte beschreiben.

**Zusätzliche Ärztliche Leistungen**

**Radiologische medizinische Befundung:** Bitte wählen.
*(Wenn eine schriftliche radiologische Befundung erforderlich ist, wird dies über innerbetriebliche Leistungsverrechnung mit der Universitätsklinik und Poliklinik für Radiologie abgerechnet.)*

**Quantifizierende, spezifische Zusatzmessungen:** Bitte wählen.
 *(Wenn eine z. B. volumetrische oder Perfusionsmessung erforderlich ist, wird diese über innerbetriebliche Leistungsverrechnung (IBL) mit der Universitätsklinik und Poliklinik für Radiologie abgerechnet)*

Wenn ja, bitte Zusatzmessungen spezifizieren.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Projektleitung