

Formular zur Antragstellung von Krebsregisterdaten des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin gGmbH durch Dritte

Titel des Projektes:

Datum des Antrages: _____

Angaben der Antragstellerin/Antragstellers

Projektleiterin/Projektleiter:

(Titel, Name, Vorname,
Status z.B. Doktorand/-in,
WiMi*)

Institution der
Projektleiterin/Projektleiters:

Zeichnungsberechtigte
Person der Institution:
(antragstellende Einrichtung)

Anschrift:

Telefonnummer für
eventuelle Rückfragen

E-Mail-Adresse:

Handelt es sich um ein
Kooperationsprojekt
mehrerer Institutionen

ja

nein

Falls ja, nennen Sie bitte
alle Projektpartnerinnen
und -partner
(Name, Vorname, Institution)

Datennutzerinnen und –
nutzer

Nennen Sie bitte alle
Personen, die Zugang zu
den Daten erhalten
(Name, Vorname, Institution)

Beschreibung des Forschungsvorhabens (Projektskizze)

Titel des Projektes:

Projektrahmen:

- Abschluss-/Hauptseminararbeit
- Dissertation/Habilitation
- Eigenmittelprojekt
- Projekt im Auftrag des Ministeriums
- EU-Projekt
- DFG-Projekt
- Sonstiger Projektrahmen

Vorliegen eines Ethikvotums:

- ja nein

Eine zustimmende Bewertung durch eine Ethikkommission wird bei der Prüfung berücksichtigt.

Zeitraum der Datennutzung:

vom _____ bis _____

Wissenschaftlicher
Hintergrund,
Forschungsfrage/
Hypothese/ Ziel,
Studien- und Analyseplan
(Studiendesign,
Studienpopulation,
Datenbasis, Methodik
inkl. statistische
Methoden)

Begründung der
Machbarkeit, Größe der
Studienpopulation)
Datenschutzrechtliche
Maßnahmen
(1- max. 2 Seiten,
Ergänzungen ggf. auf
formlosen Beiblatt)

Beschreibung des Forschungsvorhabens (Projektskizze)

Angaben zur Finanzierung
des Projekts:

Finanzierungsquelle
(Name und Sitz) und
Höhe der Förderung in €

Wissenschaftliches
Interesse der/des
Antragstellerin/-stellers

Welche
datenschutzrechtlichen
und qualitätssichernden
Maßnahmen sind geplant?

Zuständige/-r
Datenschutzbeauftragte/-
beauftragter der/des
Antragstellerin/-stellers

Welchen Nutzen haben
die Ergebnisse für die
Gesellschaft (Relevanz
der Ergebnisse)?

Datenübermittlung

Benötigte Variablen laut
ADT/GEKIDBasisdatensatz
und ergänzenden Modulen

Bitte listen Sie die genaue
EDV-Bezeichnung aus dem
ADT/GEKID-Datensatz aller
Variablen auf.

Auswahl der
Patienten/Fälle
(Einschlusskriterien u.a.
Berlin, Brandenburg,
Diagnosejahre, ICD-10-
Diagnose, Geschlecht)

Anonymisierung oder
Pseudonymisierung von
Daten

ja

nein

Anforderung von
Identitätsdaten

ja

nein

Falls ja, bitte nennen Sie wissenschaftliche Gründe für die Übermittlung von Krebsregisterdaten mit Identitätsdaten und fügen Sie die Einwilligung der Personen bei, von denen Daten angefordert werden.

Ist eine Einholung der
Einwilligung der
Patienten nach Art. 32/4,3
durch das KKRBB
gewünscht?

ja

nein

Veröffentlichung/ Publikation

Eine Veröffentlichung der Analyse unabhängig von den Ergebnissen ist nach Ende des Projektes vorgesehen.

ja

nein

Form der Veröffentlichung:

Ich erkläre meine Zustimmung zur Übermittlung meines Datennutzungsantrags per Textform (§126 b BGB) an die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats des Klinischen Krebsregisters für Brandenburg und Berlin gGmbH.

Ort/ Datum

Unterschrift der Antragstellerin/ Antragstellers