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

|  |  |
| --- | --- |
| **Titel des Projekts:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Datum des Antrags:** | Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
|  |  |
|  |  |
| **Angaben zum/r Antragsteller/in** | |
|  |  |
| **Antragssteller/in:**  (Titel, Name, Vorname) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Projektleiter/in:** (zeichnungsberechtigte  Person; Titel, Name, Vorname,  Position) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Institution:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Anschrift:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Telefonnummer:** für eventuelle Rückfragen | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **E-Mail-Adresse:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Handelt es sich um ein  **Kooperationsprojekt**  mehrerer Institutionen? | ja  nein |
|  |  |
| Falls ja, nennen Sie  bitte alle **Projekt-partner/innen**  (Name, Vorname, Institution) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Datennutzer/innen:** Nennen Sie bitte alle Personen, die Zugang zu den Daten erhalten. (Name, Vorname, Institution) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
|  |  |
| **Beschreibung des Forschungsvorhabens (Projektskizze)** | |
|  |  |
| **Titel des Projekts:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Projektrahmen:** | Abschluss-/Hauptseminararbeit  Dissertation/Habilitation  Eigenmittelprojekt  Projekt im Auftrag des Ministeriums  EU-Projekt  DFG-Projekt  Sonstiger Projektrahmen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Vorliegen eines Ethikvotums:** | ja  nein  Eine zustimmende Bewertung durch eine Ethikkommission wird bei der Prüfung berücksichtigt. |
|  |  |
| **Zeitraum der Datennutzung:** | Vom Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. bis Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
|  |  |
| **Wissenschaftlicher Hintergrund**, Forschungsfrage/ Hypothese/ Ziel, Studien- und Analyseplan (Studiendesign, Studien-population, Datenbasis, Methodik inkl. statistische Methoden) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Begründung der Machbarkeit**, Größe der Studienpopulation, Datenschutzrechtliche Maßnahmen (1- max. 2 Seiten, Ergänzungen ggf. auf formlosen Beiblatt) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Angaben zur Finanzierung des Projekts:**  Finanzierungsquelle  (Name und Sitz) und Höhe  der Förderung in € | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Wissenschaftliches Interesse des/r Antragsteller(s)/in:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Welche **datenschutz-rechtlichen und quali-tätssichernden Maß-nahmen** sind geplant? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Zuständige/r **Datenschutzbeauf-tragte/r** der/s Antragsteller(s)/in: (Name, Vorname, Institution) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| Welchen Nutzen haben die Ergebnisse für die Gesellschaft (**Relevanz der Ergebnisse**)? | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
|  |  |
| **Datenübermittlung** | |
|  |  |
| Benötigte **Variablen  laut bundeseinheit-lichem onkologischen Basisdatensatz (oBDS, ADT/GEKID)** und ergänzenden Modulen: Bitte listen Sie die genaue EDV-Bezeichnung aus dem ADT/GEKID-Datensatz aller Variablen auf. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Auswahl der Patienten/Fälle** (Einschlusskriterien u.a. Berlin, Brandenburg, Diagnosejahre, ICD-10- Diagnose, Geschlecht): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |
| **Anonymisierung oder Pseudonymisierung** von Daten: | ja, Anonymisierung  ja, Pseudonymisierung  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. |
|  |  |
|  |  |
| **Veröffentlichung/Publikation** | |
|  |  |
| Ist eine **Veröffentlichung der Analyse unabhängig von den Ergebnissen** nach Ende des Projektes vorgesehen? | |
|  | ja  nein |
|  |  |
| **Form der Veröffentlichung:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
|  |  |

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.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum Unterschrift des/r **Projektleiter(s)/in**