Für Ihre Datenanfrage füllen Sie bitte nachstehendes Formular aus. Durch gezielte Angaben zur institutionellen Zugehörigkeit, dem thematischen Hintergrund, zu Details der gewünschten Auswertungen, dem beabsichtigten Verwendungszweck sowie dem Bereitstellungszeitpunkt erleichtern Sie uns die Bearbeitung Ihrer Anfrage und mögliche Datenbereitstellung.

**Datum:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Kennzeichen:**        *(Das Kennzeichen wird vom Krebsregister vergeben)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kurztitel der Anfrage:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Thematischer Hintergrund: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Bereitstellungsdatum:** Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

*(Angabe des gewünschten Zieldatums zur Bereitstellung der Auswertung; mind. jedoch 2 Wochen)*

# **Ansprechpartner:in**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Nachname, Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Institution / Abteilung | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Position | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

# **Fragestellung**

# **Beschreiben Sie die Fragestellung und ggf. eine statistisch überprüfbare Hypothese** *(optional)* **Ihrer Anfrage**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

# **Einschlusskriterien**

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose\*: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Diagnosezeitraum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Therapiezeitraum: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Altersbereich: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Geschlecht: | männlich  weiblich  divers |
| Region: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Analysebezug: | Behandlungsortbezug  Wohnortbezug |
| Sonstiges: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

\*nach ICD-10 und/oder ICD-O (Lokalisation/Morphologie)

# **Art der Statistik / Visualisierung**

# **Statistik**

deskriptive Statistik (z. B. Mittelwert/Median, Varianzen, Häufigkeiten)

induktive/schließende Statistik (z. B. statistische Hypothesentests, Regressionsverfahren)

weitere Anforderungen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# **Haben Sie Wünsche an die Visualisierung (bspw. Tabelle oder Grafik)?**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

# **Weitere Anmerkungen zur Anfrage**

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

# **Welche Verwendung der Ergebnisse ist geplant?**

*(z. B. wissenschaftlicher Artikel, Abschlussarbeit, Doktorarbeit, amtlicher Bericht, behördliche Anfrage, journalistischer Artikel, Vortrag, etc.)*

|  |
| --- |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten**

Der telefonische, schriftliche oder elektronische Kontakt ist mit der Speicherung und Verarbeitung der von Ihnen ggf. mitgeteilten persönlichen Daten verbunden. Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Absatz 1, Buchstabe e der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) der Europäischen Union. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass wir Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck der Bearbeitung dieser Auswertungsanfrage speichern.

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Ort, Datum Unterschrift **Anfragesteller:i****n**