

## Anfrage einer experimentellen Studie mit nicht-humanen Proben

(Eine verbindliche Anmeldung in Form eines Studienangebotes wird erst nach weiterer Absprache erstellt!)

Titel der Studie: \_\_\_\_\_

Geplanter Zeitraum der Studie: \_\_\_\_\_

### Einsender

Arbeitsgruppe / Projektleiter: \_\_\_\_\_

Institut: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Behördliches Aktenzeichen der gentechnischen Anlage: \_\_\_\_\_

Titel des Projektes der gentechnischen Arbeiten: \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ eMail: \_\_\_\_\_

Fax für Befundübermittlung: \_\_\_\_\_ oder Drucker: \_\_\_\_\_

### Proben

1. Zu bestimmende Parameter: \_\_\_\_\_

2. Material:  Vollblut  Serum  Li-Heparin-Plasma  Zellkulturüberstand  
 andere: \_\_\_\_\_

3. Anzahl der Proben (insgesamt): \_\_\_\_\_

4. Spezies:  Maus  Wildtyp  genetisch verändert: \_\_\_\_\_  
 andere: \_\_\_\_\_  Wildtyp  genetisch verändert: \_\_\_\_\_

5. Fragestellung: \_\_\_\_\_

6. Probe ist radioaktiv oder potentiell infektiös / toxisch:  
 nein  ja: \_\_\_\_\_ Schutzstufe nach BioStoffV : \_\_\_\_\_

7. GVOs in den Proben:  
 nein  ja: \_\_\_\_\_ Sicherheitsstufe nach GenTSV : \_\_\_\_\_

7a. GVO aus gentechnisch veränderten Mäusen:

nein  ja

7b. GVO aus genetisch veränderten Zellkulturüberstand:

nein  ja

8. rAAV-behandelte Tiere/Zellen:

nein  ja

### Finanzierung (zwingend erforderlich)

Drittmittel: \_\_\_\_\_ oder  Kostenstelle: \_\_\_\_\_

Im Rahmen einer Kooperation, ggfs. mit Ko-Autorenschaft(en)?  ja  nein

- Der Einsender versichert, dass vom Probenmaterial keine Gefährdung für das Personal des Instituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin ausgeht und die Proben entsprechend der Sicherheitsstufe 1 nach GenTSV und Schutzstufe 2 nach BioStoffV bearbeitet werden können.
- Die Berechnung der durchgeführten Laborleistungen erfolgt auf Basis der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte).
- Die aus den Messungen erhobenen Daten werden gespeichert.
- Messungen von nicht-humanen Proben mit für humane Proben optimierten Reagenzien können eventuell zu Messfehlern führen.

Datum, Unterschrift Projektleiter

Datum, Unterschrift Studienkoordination

Notizen intern (nicht vom Einsender auszufüllen)		Version 30.11.2023	
Studienkoordination			
Ansprechpartner: zuständiger Arzt:			
Studienbezeichnung:	Kürzel:	Name:	