

>>Registrierung für die Fr1da im Norden-Studie

als Screeningzentrum

als Fr1da-Schulungszentrum

Bitte füllen Sie das Formular in Blockschrift aus und senden Sie es an die untenstehenden Kontaktdaten. Sie erhalten anschließend ein Starterpaket mit allen benötigten Studienmaterialien für Ihre Praxis.

Einrichtung:

Name:

Vorname:

Anschrift Praxis / Einrichtung:

Str./Haus-Nr.:

PLZ Ort:

Tel.-Nr.:

Fax-Nr.:

Email:

>>Bestätigung

Ich nehme mit meiner Praxis / Einrichtung an der Fr1da im Norden-Studie teil. Hiermit versichere ich, vor jeder Blutentnahme im Rahmen der Studie eine umfassende Aufklärung durchzuführen, die "Information zur Teilnahme an der Studie" auszuhändigen, sowie die schriftliche Einwilligungserklärung von mind. einem Elternteil und von Kindern ab sechs Jahren einzuholen und diese aufzubewahren. Die Aufklärung, sowie die kapilläre / venöse Blutentnahme werde ich gemäß meiner beruflichen Sorgfaltspflicht durchführen.

(Bei Gemeinschaftspraxen bzw. Einrichtungen bitte alle teilnehmenden Ärzte namentlich aufführen und unterzeichnen lassen).

_____	_____	_____
Ort / Datum	Name des teilnehmenden Arztes	Unterschrift
_____	_____	_____
Ort / Datum	Name des teilnehmenden Arztes	Unterschrift
_____	_____	_____
Ort / Datum	Name des teilnehmenden Arztes	Unterschrift
_____	_____	_____
Ort / Datum	Name des teilnehmenden Arztes	Unterschrift

Bitte senden Sie dieses Formular an:
per Post: Kinder- u. Jugendkrankenhaus AUF DER BULT
Diabeteszentrum
"Fr1da im Norden-Studie"
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover

per Fax: 0511-8115 3334 Email: fr1da@hka.de

Stempel Praxis / Einrichtung

