

>>Registrierung

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-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 einzuholen und diese aufzubewahren. Die Aufklärung, sowie die kapilläre / venöse Blutentnahme werde ich gemäß meiner beruflichen Sorgfaltspflicht durchführen. Mir ist bekannt, dass jedes Kind zwei Mal im Alter zwischen 2 und 10 Jahren auf Typ-1-Diabetes gescreent werden kann, sofern kein frühes Stadium der Erkrankung festgestellt wurde. Seit der letzten Untersuchung müssen mindestens 12 Monate vergangen sein.
(Bei Gemeinschaftspraxen bzw. Einrichtungen bitte alle teilnehmenden Ärzte namentlich auflisten 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-Studie"
Janusz-Korczak-Allee 12
30173 Hannover

per Fax: 0511-8115 3334

Email: fr1da@hka.de

Stempel Praxis / Einrichtung

13442602

