

|                       |  |                        |  |
|-----------------------|--|------------------------|--|
| <b>Antragsteller:</b> |  | <b>E-Mail Adresse:</b> |  |
| <b>Telefonnr.:</b>    |  | <b>Geburtsdatum:</b>   |  |
| <b>Arbeitgeber:</b>   |  |                        |  |
| <b>Anschrift:</b>     |  |                        |  |

**Der nachfolgende Abschnitt ist vom Antragsteller auszufüllen:**

Hiermit beantrage ich entsprechend meiner Funktion innerhalb der unten aufgeführten Studie(n) einen Zugang für die Datenbanken der Klinischen Forschung.

Haben Sie eine DZNE E-Mail Adresse?    Nein:     Ja:

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Entwicklungsinanz:</b> <input type="checkbox"/>  | <b>Validierungsinanz:</b> <input type="checkbox"/> | <b>Schulungsinanz:</b> <input type="checkbox"/> |
| <b>Zentrum:</b>   |  |   |
| <b>Studie(n):</b> <input type="checkbox"/> DANCER (ZKG) <input type="checkbox"/> DELCODE <input type="checkbox"/> DESCRIBE <input type="checkbox"/> Energi <input type="checkbox"/> MiGAP<br><input type="checkbox"/> TGA <input type="checkbox"/> Train-ParC <input type="checkbox"/> Vorinostat_AD <input type="checkbox"/> Misch-Pathologien |  |   |
| <b>Aufgabe in der Studie:</b>   |  |   |

**Hinweis**

Dieser Antrag kann ausnahmslos nur bei Vorlage einer von mir im Original händisch unterzeichneten „Verpflichtungserklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung für Nutzer der Klinischen Datenbanken des DZNE“ bearbeitet werden. Mit dieser wurde ich auf das Datengeheimnis nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz und auf die Wahrung von Geschäftsgeheimnissen, auf die förmliche Verpflichtung nach dem Gesetz über die förmliche Verpflichtung nicht beamteter Personen sowie auf die Anerkennung der Nutzungsordnung und weiterer Regularien der Datenbanken der Klinischen Forschung des DZNE verpflichtet.

**Datenschutzhinweis**

Gemäß meiner Einwilligung in die Datenverarbeitung werden meine oben angegebenen Daten durch das Deutsche Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e. V. (DZNE), Sigmund-Freud-Straße 27, 53127 Bonn zum Zwecke der Anbahnung, Durchführung und Beendigung von Nutzerkonten erhoben, verarbeitet und genutzt.

|  |                |       |
|--|----------------|-------|
| <b>Beantragt durch<sup>1</sup>:</b>  | _____          |       |
|  | Unterschrift   | Datum |
| <b>Genehmigung durch den Vorgesetzten/Studienverantwortlichen erteilt:</b> | _____          |       |
|  | [Vorname Name] | Datum |

<sup>1</sup> Bitte den genehmigten Antrag an das zentrale Rechtemanagement ([zentrales-rechtemanagement-DB@dzne.de](mailto:zentrales-rechtemanagement-DB@dzne.de)) schicken

**Der nachfolgende Abschnitt ist vom Rechtemanagement auszufüllen:**

Für die umseitig dokumentierte Studie beantragt der Antragsteller \_\_\_\_\_ Rechte in den Datenbanken der klinischen Forschung, dazu benötigt er die folgende Rolle:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Study Nurse (DB CR)             | <input type="checkbox"/> Data Entry (DB CR)                | <input type="checkbox"/> Studienarzt (DB CR)                           |
| <input type="checkbox"/> Lokaler PI (DB CR)              | <input type="checkbox"/> LKP (DB CR)                       | <input type="checkbox"/> Klinischer Koordinator                        |
| <input type="checkbox"/> RTA (DB CR)                     | <input type="checkbox"/> Bildgebungsverantwortlicher       | <input type="checkbox"/> MA Qualitätssicherung Imaging (XNAT)          |
| <input type="checkbox"/> Labor MA (Pre-Processing/ LIMS) | <input type="checkbox"/> Labor MA (Biorepository/LIMS)     | <input type="checkbox"/> MA Analysierende Stelle Imaging (Analyse)     |
| <input type="checkbox"/> Data Manager (DB CR/LIMS/XNAT)  | <input type="checkbox"/> MA zentrale Kontaktstelle         | <input type="checkbox"/> MA Analysierende Stelle Biomaterial (Analyse) |
| <input type="checkbox"/> Datenschutzbeauftragter         | <input type="checkbox"/> eCRF Entwickler (DB CR/LIMS/XNAT) | <input type="checkbox"/> Klinischer Monitor (DB CR)                    |

Nach schriftlicher Bestätigung durch das Qualitätsmanagement liegt für die beantragte Rolle eine ausreichende Schulung des Antragstellers vor. Ja:  Nein:

Die Überprüfung bisher vorhandener Rollen ergibt keinen Konflikt mit der beantragten Rolle. Kein Konflikt:

Konflikt:

Erläuterung:

Dem Antragsteller soll die Rolle wie in der Übersicht jjjj-mm-tt\_Zugänge Datenbanken zugewiesen werden.

Die „Verpflichtungserklärung und Einwilligung für Nutzer der Klinischen Datenbanken des DZNE“ liegt im Original und unterzeichnet vor. Ja:  Nein:

**Bestätigt durch:**

\_\_\_\_\_  
[Vorname Name]

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

**Der nachfolgende Abschnitt ist von der Leitung CRP auszufüllen:**

Dem Antrag auf Nutzung der Datenbanken der klinischen Forschung mit der oben beschriebenen Rolle wird stattgegeben.

**Bestätigt durch:**

\_\_\_\_\_  
Dr. Annika Spottke

\_\_\_\_\_  
Datum

**Der nachfolgende Abschnitt ist von der IT<sup>2</sup> auszufüllen:**

Für den Antragsteller wurde das beantragte Nutzerkonto angelegt  bzw. das existierende Nutzerkonto gemäß der dokumentierten Angaben geändert .

Der Antragsteller hat den Benutzernamen \_\_\_\_\_.

**Eingerichtet/geändert durch:**

\_\_\_\_\_  
[Vorname Name]

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Datum

<sup>2</sup> Bitte den bearbeiteten Antrag an das zentrale Rechtemanagement ([zentrales-rechtemanagement-DB@dzne.de](mailto:zentrales-rechtemanagement-DB@dzne.de)) schicken