Antragsteller	
Vorname:	
Nachname:	
Telefonnr.:	
E-Mail–Adresse: (wenn vorhanden, bitte DZNE-E-Mail-Adresse angeben)	
Arbeitgeber:	
Anschrift des Arbeitsplatzes*:	

* bei mehreren Arbeitsplätzen (Bsp. Klinikum / Institut) die postalische Anschrift angeben, über die Sie auch Briefe empfangen können.

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:

Entwicklungsinstanz: ☐	**Validierungsinstanz:** ☐	**Schulungsinstanz:** ☐	
Zentrum:			
Studie(n): ☐ Brain Bank	☐ CHEF	☐ COG-HF	☐ DANCER (ZKG)
☐ DELCODE	☐ DELCODE 2	☐ DESCRIBE	☐ DZNE-CAA
☐ ESM	☐ NEURO LC-19 DE	☐ Refer-MCI	☐ Repeat Learning
Aufgabe in der Studie:			

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-Str. 27, 53127 Bonn zum Zwecke der Anbahnung, Durchführung und Beendigung von Nutzerkonten erhoben, verarbeitet und genutzt.

Beantragt durch[1]:		Unterschrift	Datum
Genehmigung durch den Vorgesetzten/Studien-verantwortlichen erteilt:	[Vorname Name]	Unterschrift	Datum

[1] Bitte den genehmigten Antrag an das zentrale Rechtemanagement (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:

☐ Study Nurse (DB CR)	☐ Data Entry (DB CR)	☐ Studienarzt (DB CR)
☐ Lokaler PI (DB CR)	☐ LKP (DB CR)	☐ Klinischer Koordinator
☐ RTA (DB CR)	☐ Bildgebungsverantwortlicher	☐ MA Qualitätssicherung Imaging (XNAT)
☐ Labor MA (Pre-Processing/ LIMS)	☐ Labor MA (Biorepository/LIMS)	☐ MA Analysierende Stelle Imaging (Analyse)
☐ Data Manager (DB CR/LIMS/XNAT)	☐ MA zentrale Kontaktstelle	☐ MA Analysierende Stelle Biomaterial (Analyse)
☐ Datenschutzbeauftragter	☐ eCRF Entwickler (DB CR/LIMS/XNAT)	☐ 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[2] 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

[2] Bitte den bearbeiteten Antrag an das zentrale Rechtemanagement (zentrales-rechtemanagement-DB@dzne.de) schicken