

Wissenschaftliche Anfragen

Angaben des Doktoranden/Klinikarzt:

Name	Vorname	Telefon/Fax	e-mail
------	---------	-------------	--------

Betreuung in der Klinik:

Doktorvater	Klinik	Abteilung	Telefon/Fax	e-mail
-------------	--------	-----------	-------------	--------

Titel/Thema der Doktorarbeit/wissenschaftliche Forschungsarbeit:

Spezifische Fragestellung an das Tumorzentrum:

Anfrage an das Tumorzentrum	Bis wann? (Datum)	Geprüft von (Kürzel und Bemerkungen, vom TUZ auszufüllen)	Erledigt am (Datum, Kürzel, vom TUZ auszufüllen)

Datum, Unterschrift des Doktoranden/Klinikarzt

**Schweigepflichterklärung/
Datennutzung**

**Betreuung des Doktoranden/Klinikarzt im Tumorzentrum
(vom TUZ auszufüllen)**