

## Wissenschaftliche Anfragen

**Angaben der/des Doktorandin/en bzw. Klinikärztin/arztes:**

Name	Vorname	Telefon/Fax	eMail
------	---------	-------------	-------

**Betreuung in der Klinik:**

Doktorvater/-mutter	Klinik	Abteilung	Telefon/Fax	eMail
---------------------	--------	-----------	-------------	-------

**Titel/Thema der Doktorarbeit/wissenschaftlichen Forschungsarbeit:**

---



---



---

**Spezifische Fragestellung an das Tumorzentrum:**

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

**Datum, Unterschrift der/des Doktorandin/en bzw. Klinikärztin/arztes**

**Schweigepflichterklärung/  
Datennutzung**

**Betreuung der/des Doktorandin/en bzw. Klinikärztin/arztes im Tumorzentrum**  
(vom Tumorzentrum auszufüllen)