

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)