

(Stempel, Adresse der anfordernden Einrichtung)

Datum:

**Anforderung von Daten/Auswertungen beim Klinischen Krebsregister Leipzig**

**1. Gewünschte Daten/Auswertungen zu:**

Diagnose(n):

Lokalisation(en):

Zeitraum: von            bis

Erstdiagnosedatum

Behandlungsdatum (Operation, internistische Therapie, Strahlentherapie)

Einschluss:

Patienten der eigenen Einrichtung

Patienten (anonymisiert) aus dem Einzugsgebiet klinisches Krebsregister Leipzig  
(Stadt und Landkreis Leipzig, Nordsachsen)

Weitere Einschlusskriterien:

Gewünschte Daten (Bitte als Fragestellung angeben):

Ausgabe der Daten als:

Excel-Tabelle

SPSS-Datei

Sonstiges

Ausgabe von Diagrammen (OAS, PFS, EFS, PPS)  ja

nein

Sonstiges

## 2. Vorgesehene Verwendung

- Publikation
- Promotion (dann bitte Angabe von Doktorvater, Promovenden, Titel der Arbeit)
- Sonstiges

## 3. Terminwunsch (bitte 4 Wochen vorher einreichen)

## 4. Verpflichtung

Die anfordernde Einrichtung verpflichtet sich bei der Verwendung der Daten zur Quellenangabe (Klinisches Krebsregister Leipzig, am Universitätsklinikum Leipzig AöR). Die anfordernde Einrichtung garantiert die Einhaltung der Schweigepflicht und der Datenschutzbestimmungen. Die anfordernde Einrichtung gibt keine personenbezogenen Daten aus dem KKRL an Dritte weiter.

Stempel/ Unterschrift  
(Projektbearbeiter)

Stempel/ Unterschrift  
(Leiter der anfordernden Einrichtung)