

An den  
Forschungsverbund  
COMMUNITY MEDICINE (FVCM)



Geschäftsstelle FVCM  
c/o Prof. W. Hoffmann  
Institut für Community Medicine  
Abt. Versorgungsepidemiologie und Community Health  
Ellernholzstraße 1-2  
17487 Greifswald



ANTRAGSTELLER / PROJEKT-SPEZIFIKATION

Geschäftszeichen

(von der CM-Geschäftsstelle auszufüllen: SHIP bzw. SNiP bzw. GANI\_MED / Jahr / Nr. / D I.)

**Antrag auf Übergabe und Nutzung von Daten  
und/oder  
Probenmaterial von Probanden der Studie:**

„Leben und Gesundheit in Vorpommern“ (SHIP-0 / SHIP-1)

„Survey of Neonates in Pomerania“ (SNiP)

„Greifswald Approach to Individualized Medicine“ (GANI\_MED)

**Kohorten:**

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Parodontalerkrankungen

Renale und renovaskuläre Erkrankungen

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Gynäkologie)

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Kardiologie)

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Psychiatrie)

Nichtetablierte Krankheitsbilder am Beispiel der Fettleber

Entstehung und Prognose einer Blutvergiftung

Komorbiditäten bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

## **Datennutzungsanzeige**

„Leben und Gesundheit in Vorpommern“ (SHIP-0 / SHIP-1)

„Survey of Neonates in Pomerania“ (SNiP)

„Greifswald Approach to Individualized Medicine“ (GANI\_MED)

### **Kohorten:**

Kardiovaskuläre Erkrankungen

Zerebrovaskuläre Erkrankungen

Parodontalerkrankungen

Renale und renovaskuläre Erkrankungen

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Gynäkologie)

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Kardiologie)

Komorbiditäten beim metabolischen Syndrom (Psychiatrie)

Nichtetablierte Krankheitsbilder am Beispiel der Fettleber

Entstehung und Prognose einer Blutvergiftung

Komorbiditäten bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung

<b>1.</b>	<b>Datum der Antragstellung / Anzeige</b>
<b>2.</b>	<b>Titel des Vorhabens</b>
<b>3.</b>	<b>Verantwortlicher Wissenschaftler</b> Name, Vorname: Organisation/Institut: Straße: PLZ, Ort: Telefonnummer: Fax-Nr.: Email:
<b>4.</b>	<b>Beteiligte Wissenschaftler</b> (jeweils Name, Vorname, Institution, Anschrift)

<p><b>5.</b></p>	<p><b>Beabsichtigter Zeitraum des Projektes / der Probenanalyse / der Datennutzung</b></p> <p>Projektlaufzeit / Datennutzung (Anmerkung: Die Daten aus SHIP / SNiP / GANI_MED müssen 5 Jahre nach Projektende gelöscht werden.)</p> <p><b>von</b> (Tag, Monat, Jahr):  <b>bis</b> (Tag, Monat, Jahr):</p> <p>Zeitraum der labortechnischen Analysen (Anmerkung: Rest-Probenmaterial muss unverzüglich nach Analyse an den FVCM zurückgegeben werden.)</p> <p><b>von</b> (Tag, Monat, Jahr):  <b>bis</b> (Tag, Monat, Jahr):</p>
<p><b>6.</b></p>	<p><b>Abstrakt</b></p> <p>(deutsch oder englisch, mind. eine DIN A4 Seite)</p>
<p><b>a)</b></p>	<p>Wissenschaftlicher Hintergrund / Fragestellungen / Ziele</p>
<p><b>b)</b></p>	<p>Hypothese(n), möglichst quantitativ formuliert</p>
<p><b>c)</b></p>	<p>Begründung der Machbarkeit (z.B. mittels Poweranalyse zur Darstellung der minimal nachweisbaren Effektstärke und Begründung der benötigten Fallzahl)</p>
<p><b>d)</b></p>	<p>Studiendesign und Methoden</p>
<p><b>e)</b></p>	<p>Mögliche Schlussfolgerungen, Relevanz der Ergebnisse für Community Medicine / Pädiatrie / Individualisierte Medizin</p>

## PROBENMATERIAL-SPEZIFIKATION

**7. Genaue Bezeichnung der Probanden/Fälle, für die Probenmaterial beantragt wird**

1. In Form logischer Verknüpfung von Bedingungen von Daten aus dem SHIP/SNiP/GANI\_MED-Datensatz, z. B.: Auswahl 1: WENN parameter\_1 = 1 UND parameter\_2 = 0 DANN auswahl = 1)
2. Die Probandennummern der ausgewählten Probanden müssen der CM-Transferstelle auf Datenträgern zur Verfügung gestellt werden.

**8. Genaue Bezeichnung jedes Parameters, der anhand des Probenmaterials bestimmt werden soll, einschließlich der verwendeten Aufbereitung, Präanalytik und speziellen Analytik**

**9. Art und Menge des beantragten Probenmaterial**

Auswahl bitte ankreuzen SHIP SNiP GANI_ MED			Beantragtes Probenmaterial	Men- ge	Ein- heit	Begründung der Menge
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDTA-Plasma			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Citrat-Plasma			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Serum			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erythrocytensuspension			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urin			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Speichel			
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stuhl			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DNA			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DNA - SNiP - Neonat			
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DNA - SNiP - Mutter			

**10. Laborressourcen für die Probenanalyse / Nachweis der technischen Voraussetzungen**

(Personal, Knowhow, Geräte, Aufbewahrung der Proben)

11.	<b>Besondere Anforderungen an das Probenmaterial</b> (z.B. "darf nicht zwischendurch aufgetaut worden sein" o.ä.)
<b>DATEN-SPEZIFIKATION</b>	
12.	<b>Statistische Ressourcen für die Datennutzung</b> (Personal, Knowhow, Software, Geräte)
13.	<b>Genau Bezeichnung der Variablen, die benötigt werden</b> (Anmerkung: Jede Variable muss mit Namen benannt werden. Sortierung bitte nach Untersuchungsbereich. Datenträger mit Tabelle der Variablennamen muss beigefügt sein.)
14.	<b>Genau Bezeichnung der Probanden, für die Daten beantragt werden</b> (Anmerkung: In Form logischer Verknüpfung von Bedingungen von Daten aus dem SHIP/SNiP/GANI_MED-Datensatz, z. B.: Auswahl 1: WENN parameter_1 = 1 UND parameter_2 = 0 DANN auswahl = 1)
<b>WEITERE ANGABEN</b>	
15.	<b>In Frage kommende Publikationen</b>
16.	<b>Weitere Bemerkungen:</b> Der Zugriff auf und Umgang mit Probenmaterial richtet sich nach folgenden Regelungen bzw. basiert auf folgenden Vereinbarungen: - Regelungen der Universitätsmedizin Greifswald zu Nutzung von Daten und Probenmaterial der Studien „Leben und Gesundheit in Vorpommern“ (SHiP), „Survey of Neonates in Pomerania“ (SNiP) und „Greifswald Approach to Individualized Medicine“ (GANI_MED), Satzung der Medizinischen Fakultät vom 03.07.2012 - <b>Die/der Antragsteller erklären/erklärt sich mit den Regelungen einverstanden und sichern/sichert ihr Befolgen zu.</b>
17.	<b>Weitere Bemerkungen seitens des Antragstellers</b>
18.	<b>Unterschrift(en)</b>  _____