

Teilnahme MMML-Predict

Ich möchte teilnehmen Ich möchte nicht teilnehmen

REGISTRIERUNGSDATUM

/ /

PERSÖNLICHE INFORMATION

Ansprechpartner:in:

Verantwortliche Study Nurse:

Email:

Adresse:

Telefon:

Präferierter Kooperationspartner PET-CT:

Präferierter Kooperationspartner:in für primärpathologische Untersuchung:

Präferierter Kooperationspartner:in für referenzpathologische Untersuchung:

Wieviele Patient:innen können voraussichtlich pro Jahr eingeschlossen werden:

Bitte senden Sie dieses Formular an:

MMML-Predict
c/o Studiensekretariat der Klinik für Hämatologie und
medizinische Onkologie
Robert-Koch-Str. 40
37075 Göttingen

oder per Email:
MMML-Predict@med.uni-goettingen.de
MMML-Predict@charite.de

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT