

# Anfrage

## BZKF-Patienten-Experten-Pool (PEP)

### 1. Kontakt

Bitte geben Sie stellvertretend für das Vorhaben, bei welchem Patientenvertreter eingebunden werden soll, eine **hauptverantwortliche Person** an:

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon: \_\_\_\_\_

*Falls nicht identisch*, geben Sie bitte im Folgenden stellvertretend für das Vorhaben die **primäre Kontaktperson** an:

Titel: \_\_\_\_\_ Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Dienstadresse: \_\_\_\_\_

E-Mail, Telefon: \_\_\_\_\_

Datum Anfrage: \_\_\_\_\_

Anfrage als (bitte auswählen):

<input type="checkbox"/> <b>einzelner</b> BZKF-Standort / Einrichtung → <i>bitte hier weiter ankreuzen:</i> <input type="checkbox"/> Augsburg <input type="checkbox"/> Erlangen <input type="checkbox"/> Regensburg <input type="checkbox"/> München, LMU <input type="checkbox"/> München, TUM <input type="checkbox"/> Würzburg <input type="checkbox"/> Sonstige (Freitext): _____ _____	<input type="checkbox"/> im Rahmen eines <b>Verbundprojekts</b> → <i>bitte hier oder in Spalte links beteiligte Einrichtungen ankreuzen:</i> <input type="checkbox"/> BZKF <input type="checkbox"/> CCC Allianz WERA <input type="checkbox"/> CCC München <input type="checkbox"/> Sonstige (Freitext): _____ _____ _____
--	--

## 2. Beschreibung des Vorhabens

Bitte beschreiben Sie Ihr Vorhaben in **max. einer 1/4 Seite**

(Titel; Art des Projekts; ...)

## 3. Patientenbeteiligung

3.1. Wie viele Patientenvertreter sollen beteiligt werden?

---

3.2. Geplanter Zeitraum der Beteiligung (von bis)?

---

3.3. Geschätzter zeitlicher Aufwand (Einmalig, mehrfach; Stunden/Person Gesamt)

---

3.4. Zuordnung der Aufgabe:

**Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Forschungsprojekten** (z.B.

Unterstützung beim Erstellen von Patienteninformationen oder entwerfen von Fragebögen für Studienteilnehmer; Ideen zur Rekrutierung oder Ansprache potentieller Studienteilnehmer etc.).

**Bewertung/Begutachtung wissenschaftlicher Fragestellungen**, hinsichtlich Nutzen und Risiken von Therapie- oder Diagnostikstudien aus Patientenvertreterperspektive.

**Ausarbeitung von Informationsmaterialien**, um Forschungsergebnisse/ Informationen für Betroffene/ Öffentlichkeit in verständlicher Sprache zugänglich zu machen.

**Planung und/oder Beteiligung an Informationsveranstaltungen** oder anderen öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen (z.B. Videoaufnahme) für Betroffene/ Öffentlichkeit.

*Bei Bedarf, Spezifizierung der Aufgabe, was ist zu tun (Freitext):*

---

---

---

3.5. Sind Erfahrungen mit **Krebserkrankungen in bestimmten Körperregionen** hilfreich bzw. wünschenswert:

Nein  Ja  wenn ja, bitte hier weiter ankreuzen (Mehrfachantwort möglich):

<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Blut/Knochenmark	<input type="checkbox"/> Hoden
<input type="checkbox"/> Prostata	<input type="checkbox"/> CUP-Syndrom	<input type="checkbox"/> Leber
<input type="checkbox"/> Darm	<input type="checkbox"/> Eierstock	<input type="checkbox"/> Nieren
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Gallenwege	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Mund/Kiefer	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Speiseröhre
<input type="checkbox"/> Hals/Nase/Ohren	<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<input type="checkbox"/> Andere/ Anmerkung
<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse	<input type="checkbox"/> Haut	(Freitext): _____
<input type="checkbox"/> Blase	<input type="checkbox"/> Hirn	_____

3.6. Erfahrungen mit **krebstherapeutischen Maßnahmen in den folgenden Bereichen** sind hilfreich bzw. wünschenswert:

Nein  Ja  wenn ja, bitte hier weiter ankreuzen (Mehrfachantwort möglich):

Chirurgische Maßnahmen (Operation)

Medikamentöse Tumorthherapie(n) wenn ja, bitte hier weiter ankreuzen:

Chemotherapie

Antikörpertherapie

Antihormontherapie

Weitere Immuntherapien

Strahlentherapie (Radiotherapie)

Stammzelltransplantation

Personalisierte Onkologie / Molekulare Therapie / „Biomarker“

Andere (Freitext): \_\_\_\_\_

3.7. Sind Englischkenntnisse erforderlich?

Nein  Ja

**Bitte beachten Sie die Checkliste zur Einbindung von BZKF-PEP-Mitgliedern.**