PATIENTEN-IDENTIFIKATIONS-LISTE

Studienname	Prüfplan Nr. / Kurztitel	Zentrums-nummer	Hauptprüfer	Institution
SPLEEN OFF	Projekt-Nr.: DRKS00000417	__ __ __		

Patienten Studien Ident. Nr. (*)	**Geburtsdatum** (TT/MM/JJJJ)	**Geschlecht** **W** – weiblich **M** – männlich	**Patienten Vollständiger Name**	**Einschlussdatum** (TT/MM/JJJJ)	**Nummer Patientenakte** (falls zutreffend)

(*): Die Ident-Nr. setzt sich aus fünf (5) Ziffern zusammen: drei (3) Ziffern für Zentrums-Nr. und zwei (2) Ziffern für die Patienten Nummer in aufsteigender Ordnung; z.B. der 1. eingeschlossene Patient in Zentrum 002 = **00201**

Die Patientenidentifikationsliste ist vertraulich und nur zum Verbleib im Prüfarztordner bestimmt, sie darf nicht kopiert und nicht weitergegeben werden. Monitoren und Behördenvertretern ist Einsicht in die Liste zu gewähren.