Prospektive, multizentrische Beobachtungs-Studie zu Epidemiologie und Ursachen der Sepsis nach Milzentfernung

Registrierungsformular

Kompetenznetz Sepsis (SepNet), Jena

Fax - Nr. 03641 - 93 233 87

Kontaktdaten im Zentrum

Studienzentrum

.....
Name des Zentrums

.....
Abteilung

.....
Ort

Telefonnummer ..... /

E-Mail Adresse .....

Name des Prüfarztes

Bitte pro Patient ein neues Formular ausfüllen.

Patientendaten

Studienspezifische Identifikationsnummer

Zentrum | Patient

Bitte entnehmen Sie die Identifikationsnummer dem Patientenfragebogen.

○ SPLEEN-OFF Fall ○ Kontrolle

Der gematchte Kontroll-Patient gehört zu dem SPLEEN-OFF Fall mit der Identifikationsnummer

Zentrum | Patient

Name des Patienten

.....
Vorname Nachname

Geburtsdatum

Tag | Monat | Jahr

Adresse

.....
Straße Hausnummer

.....
PLZ Ort

Telefonnummer ..... /

Datum

Unterschrift des Prüfarztes