

Registrierung

Bestätigung: Ich nehme mit meiner Praxis an der Fr1da-Studie teil.

Hiermit versichere ich, vor jeder Blutentnahme den Patienten umfassend aufzuklären und die „Information zur Teilnahme an der Studie“ auszuhändigen, sowie die schriftliche Einverständniserklärung von mindestens einem Elternteil einzuholen und diese aufzubewahren. Die Aufklärung, sowie die kapillare Blutentnahme werde ich gemäß meiner beruflichen Sorgfaltspflicht durchführen. Mir ist bekannt, dass jedes Kind zwei Mal im Alter zwischen 2 und 10 Jahren auf Typ-1-Diabetes gescreent werden kann, sofern kein frühes Stadium der Erkrankung festgestellt wurde. Seit der letzten Untersuchung müssen mindestens 12 Monate vergangen sein.

Praxisstempel

Telefonnummer

Faxnummer

E-Mailadresse

Name des teilnehmenden Arztes/Gemeinschaftspraxis

Unterschrift

Ort/Datum

Bankverbindung:

Für die Abrechnung im Rahmen der Fr1da-Studie bitten wir Sie, uns Ihre Bankverbindung mitzuteilen. Ebenfalls bitten wir Sie um die Angabe Ihrer Steuernummer bzw. der Ust-IdNr.. Die Angabe muss aus steuerrechtlichen Gründen und zur Erstellung Ihrer Gutschriften gemacht werden. Dies hat keinen Einfluss auf die Höhe der Gutschrift von 10 Euro pro Probe. Sollten Sie ein Kleinunternehmer gemäß § 19 UStG sein, bitten wir Sie, dies entsprechend anzukreuzen.

IBAN

BIC

Steuernummer oder Ust-IdNr.

Hiermit erkläre ich ein Kleinunternehmer gemäß § 19 UStG zu sein.

Bitte senden Sie dieses Registrierungsformular einmalig an:

Per Post: Institut für Diabetesforschung
Helmholtz Munich
Fr1da-Studie
Heidemannstraße 1
80939 München

Per Fax: 089 - 31 87 - 4426
Per E-Mail: diabetes.frueherkennung@helmholtz-munich.de

Schirmherrschaft

Bayerisches Staatsministerium für
Gesundheit, Pflege und Prävention



Mit Unterstützung von



In Kooperation mit

