



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM FREIBURG

FREEZE-Biobank
Breisacher Straße 115
79106 Freiburg

Ansprechpartner:
FREEZE-Koordinationsteam
koordination.freeze-biobank@uniklinik-freiburg.de
Telefon: 0761 270-77741



Universitätsklinikum Freiburg und Medizinische Fakultät
Zentrum für Biobanking

Anforderungsnummer (von FREEZE auszufüllen)

Anforderungsschein für Bioproben aus der FREEZE-Biobank mit Rückversandschein

Allgemeine Angaben	
1	Antragsdatum: _____
2	Anfordernde Person: _____
3	Arbeitsgruppe: _____
4	Projektleiter*in: _____
5	Institution: _____
6	Kontaktdaten: _____ Adresse _____ E-Mail _____ Telefon _____
7	Liegt für das Projekt ein FREEZE-Nutzungsvertrag (interne Vereinbarung) vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls vorhanden: _____ Kunden-Nr.: _____

Anforderungsschein für Bioproben aus der FREEZE-Biobank

Angaben zum Projekt	
8	<input type="checkbox"/> Pilotstudie / Etablierung einer Methode
9	<input type="checkbox"/> Forschungsprojekt Zusätzlich beizufügen/anzugeben: <input type="checkbox"/> Studienprotokoll <input type="checkbox"/> Ethikvotum Nr. (bitte angeben): _____ <input type="checkbox"/> Zuständige Ethikkommission: _____ <input type="checkbox"/> Projektlaufzeit: _____
10	Projekttitle: Projektbeschreibung: Geplante Experimente: Einschluss-/Ausschlusskriterien:
11	Genetische Untersuchungen geplant: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
12	Funktionale Studien geplant: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anforderungsschein für Bioproben aus der FREEZE-Biobank

Angaben zu Proben					
	Phänotyp/Diagnose	Probenart (z. B. Serum, EDTA-Plasma, PBMC)	Probenmenge (z. B. ml, Zellzahl)	Besondere Qualitäts- anforderungen (z. B. max. time-to-freeze)	Anzahl Patient*innen
13	Wird das FREEZE-Standardprotokoll zum Auftauen von Zellen erbeten?				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Angaben zum Restmaterial nach Projektabschluss	
14	Nach Abschluss des Projekts wird das Restmaterial: <input type="checkbox"/> vernichtet (vor Vernichtung ist die Zustimmung der FREEZE-Biobank einzuholen) <input type="checkbox"/> an die FREEZE-Biobank zurückgeschickt

Anforderungsschein für Bioproben aus der FREEZE-Biobank

Benötigte Daten															
15	<input type="checkbox"/> Es werden keine Daten benötigt.														
16	<p>Folgende Daten werden benötigt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 50%; padding: 5px;">Patient*in/Proband*in</th> <th style="text-align: left; width: 50%; padding: 5px;">Probe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Alter</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Entnahmedatum</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Geschlecht</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Einlagerungsdatum</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Diagnose</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> ICD-10-Code</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> _____</td> <td style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Andere:</td> </tr> </tbody> </table>	Patient*in/Proband*in	Probe	<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> Entnahmedatum	<input type="checkbox"/> Geschlecht	<input type="checkbox"/> Einlagerungsdatum	<input type="checkbox"/> Diagnose	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> ICD-10-Code	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Andere:	
Patient*in/Proband*in	Probe														
<input type="checkbox"/> Alter	<input type="checkbox"/> Entnahmedatum														
<input type="checkbox"/> Geschlecht	<input type="checkbox"/> Einlagerungsdatum														
<input type="checkbox"/> Diagnose	<input type="checkbox"/> _____														
<input type="checkbox"/> ICD-10-Code	<input type="checkbox"/> _____														
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____														
<input type="checkbox"/> Andere:															

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass ich die [FREEZE-Nutzungsordnung](#) und ihre mitgeltenden Dokumente gelesen habe und verpflichte mich, alle dort angegebenen Bestimmungen zur Bioproben-nutzung einzuhalten.

Insbesondere versichere ich, dass alle Proben gemäß ihrer Sicherheitsstufe (gem. Gentechnikgesetz, Biostoffverordnung, Infektionsschutzgesetz) gelagert und eingesetzt werden.

In wissenschaftlichen Publikationen, für deren Erstellung Bioproben und Daten aus der FREEZE-Biobank verwendet wurden, werde ich die FREEZE-Biobank in den Danksagungen (Acknowledgements) erwähnen.

Datum

Unterschrift Projektleiter*in



FREEZE-Biobank
Breisacher Straße 115
79106 Freiburg

Ansprechpartner:
FREEZE-Koordinationsteam
koordination.freeze-biobank@uniklinik-freiburg.de
Telefon: 0761 270-77741



Rückversandschein für die anfordernde Person

Ihre Anforderungsnummer	
1	
Allgemeine Angaben	
2	Antragsdatum:
3	Anfordernde Person:
4	Arbeitsgruppe:
5	Projektleiter*in:
6	Institution:
7	Projekttitel:
8	Liegt für das Projekt ein FREEZE-Nutzungsvertrag (interne Vereinbarung) vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls vorhanden: _____ Kunden-Nr.: _____
Angaben zum Projekt	
9	Zustimmung des wissenschaftlichen Vergabekomitees liegt vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
10	Bemerkung:

Rückversandschein für die anfordernde Person

11	Informationen zu den Proben				
	Biobank-ID	Probenart	Menge	Einwilligung vollständig	Lagertemperatur
Probenversand (falls zutreffend)					
12	Versanddatum:				
13	Name der versendenden Person:				
14	Art des Versands:				

Sofern nicht anders angegeben, wurden die Bioproben nach den Standardprozessen der FREEZE-Biobank (<https://portal1.uniklinik-freiburg.de:11006/Roxtra/doc/showfolder.aspx?FolderID=14314>) verarbeitet, asserviert und ausgegeben.

Im Falle dass die herausgegebenen Bioproben Zellen enthalten (PBMC, BMNC), erbittet die FREEZE-Biobank für internes Qualitätsmonitoring nach Möglichkeit eine Rückmeldung zur erhaltenen Zellzahl nach dem Auftauen.

Datum

Name Biobank-Koordinator*in (bitte in Druckbuchstaben)

Unterschrift Biobank-Koordinator*in