Krebs-Therapiestudien

Begutachtungsformular für Anträge

\* Damit unsere Formulare besser lesbar sind, verwenden wir die männliche Sprachform. Sämtliche Personenbezeichnungen schließen

selbstverständlich alle Geschlechter ein.

Allgemeine Angaben zum Projekt

|  |
| --- |
| Antragsteller\*: |
| Projekttitel: |
| Bearbeitungsnummer: |
| Gutachter: |

Klinische Fragestellung und „unmet medical need“

Beurteilungskriterium

* Medizinischer Bedarf („unmet medical need“)

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Klinische Fragestellung und „unmet medical need“):**

⭘ Sehr gut ⭘ Gut ⭘ Ausreichend ⭘ Unzureichend ⭘ Nicht beurteilbar

Antragsteller

Beurteilungskriterien

* Expertise / Qualifikation der / des Antragsteller(s)
* Position der / des Antragsteller(s)
* Qualität der projektspezifischen Vorarbeiten / Erfahrungen bei der Durchführung von klinischen Studien
* Qualität der Veröffentlichungen

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Antragsteller):**

⭘ Sehr gut ⭘ Gut ⭘ Ausreichend ⭘ Unzureichend ⭘  Nicht beurteilbar

Wissenschaftliche Qualität des Vorhabens

Beurteilungskriterien

* Arbeitsmöglichkeiten / wissenschaftliches Umfeld / Kooperationen mit anderen Wissenschaftlern / Infrastruktur der Klinik / Institution
* Aktualität, Originalität, Innovationsgrad
* Zu erwartender Erkenntnisgewinn
* Wissenschaftliche Bedeutung

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Wissenschaftliche Qualität des Vorhabens):**

⭘ Sehr gut ⭘ Gut ⭘ Ausreichend ⭘ Unzureichend ⭘  Nicht beurteilbar

Geplante Methodik / Studiendesign

Beurteilungskriterien

* Beschreibung und Diskussion der Ausgangshypothese
* Unterstützung der Rationale der Studie durch Vordaten
* Bei Verlängerungsanträgen: Verlauf der vorangegangenen Förderungsperiode (erfolgreich / nicht erfolgreich)
* Schlüssigkeit des Konzepts / Eignung des Studiendesigns
* Angemessenheit / Zweckmäßigkeit der Methoden

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Geplante Methodik):**

⭘ Sehr gut ⭘ Gut ⭘ Ausreichend ⭘ Unzureichend ⭘  Nicht beurteilbar

Machbarkeit / Rekrutierung

Beurteilungskriterien

* Durchführbarkeit der Studie im beantragten Förderzeitraum
* Rekrutierungschancen

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Machbarkeit / Rekrutierung):**

⭘ Sehr gut ⭘ Gut ⭘ Ausreichend ⭘ Unzureichend ⭘  Nicht beurteilbar

Auswirkungen der Maßnahme auf die onkologische Versorgung

Beurteilungskriterien

* Relevanz für die Patientenversorgung
* Umsetzbarkeit in die Versorgungssituation
* Nachhaltigkeit der Auswirkungen

**Stellungnahme:**

**Gesamteindruck (Auswirkungen der Maßnahme auf die onkologische Versorgung):**

⭘ Sehr hoch ⭘ Hoch ⭘ Niedrig ⭘ Keine ⭘  Nicht beurteilbar

Förderungsrahmen

**Bitte beurteilen Sie den beantragten Förderungsrahmen:**

Zusammenfassender Kommentar und Entscheidungsvorschlag

Abschließende Empfehlung

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Förderung mit hoher Priorität | * Förderung mit mittlerer Priorität | * Förderung mit niedriger Priorität | * Eingeschränkte Förderempfehlung (nur Teilaspekte mit hoher Priorität förderungswürdig) | * Ablehnung |

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich die Regularien der Deutschen Krebshilfe hinsichtlich Vertraulichkeit und potentieller Befangenheit / möglichem Interessenkonflikt akzeptiere, und bestätige, dass kein Interessenkonflikt besteht.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum: |  | Unterschrift: |