|  |  |
| --- | --- |
| Förderantrag für das Forschungsprogramm der Deutschen Gesellschaft für ME/CFS |  |

|  |
| --- |
|  |
| Antragsnummer (von der DG auszufüllen) |

**Projekttitel:**

Namen des angedachten Forschungsprojekts, möglichst kurz und prägnant

**Projektleiter\*in**

Name, Vorname, Titel, Institution, Abteilung, Adresse, Telefon

**Institution (wie Universität, Institut, Einrichtung - juristisch verantwortlicher Rechtsträger)**

|  |  |
| --- | --- |
| Bezeichnung |  |
| Adresse |  |
| Ansprechpartner\*in |  |
| Telefon |  |
| ggf. des Büros für Studienkoordination und -finanzierung |  |

**Partner\*innen (falls vorhanden)**

Name, Vorname, Titel, Institution, Abteilung

**Geplantes Startdatum:**

**Projektdauer (veranschlagt):**

z. B. 12 Monate

*Monat(e)*

**Studientyp:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *[ ] Medikamentenstudie* | | *[ ] epidemiologische Studie* | *[ ] Biomarkerstudie* |
| *[ ] Diagnostikstudie* | | *[ ] Versorgungsstudie* | *[ ] Grundlagenstudie* |
| *[ ] andere:* |  | | |

**Projektskizze:**

Geben Sie einen kurzen Überblick über das Projekt (Ziel, Studiendesign, wissenschaftlicher Hintergrund, Bedarf/Nutzen für die ME/CFS-Forschung und die -Erkrankten – ca. 1 Seite)

**Hypothese:**

Formulieren Sie die zu überprüfende Hypothese Ihres Projekts möglichst konkret

**Studienpopulation:**

Welche Einschlusskriterien für ME/CFS werden verwendet, voraussichtliche Anzahl der Patient\*innen, Proband\*innen, Proben

**Vorarbeiten:**

Welche Vorarbeiten zum Projekt haben Sie bereits durchgeführt? Welche Publikationen haben Sie zu dem Thema veröffentlicht (max. 5)?

**Patientenbeteiligung (Patient-Oriented-Research):**

Inwiefern wird Patient\*innenexpertise in der Planung und Durchführung Ihres Projekts mit einbezogen?

**Möglichkeiten der öffentlichen Anschlussfinanzierung:**

Wurde öffentliche Förderung bereits in Erwägung gezogen/beantragt? Gibt es Möglichkeiten der Anschlussfinanzierung?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Ort, Datum* |  | *Unterschrift* |