

Datum**Namn på studien****Studienummer**

Studieort:

Godkännande alt. status från etikprövningsmyndigheten EPM (ååmmdd, diariendr)

Dokumentation på godkänd etikprövning ska bifogas.

Dosrestriktion från SSM/EPM (Om aktuellt)

Tjänst/tjänster

som Unilabs ska utföra

Granskning av bilder? Ja Nej Krävs utbildning? Ja Nej

Ska bilderna överföras, beskriv kort: Modalitet?

Phantom (om aktuellt)

Kort beskrivning om studien:

Omfattning

Antal undersökningar:

Antal deltagare:

Studieperiod:

Remiss/Svar

Journalssystem:

Rutin för beställning och svar:

Ansvarig PI

Namn:

Telefonnummer, E-post:

**Ansvarig
forskningssköterska/
projektledare**

Namn:

Telefonnummer, E-post:

Beställare

Organisationsnummer:

Adress:

Sponsor för studien

Kontaktperson

Namn:

Telefon:

Mobil:

E-post:

Betalare

Fakturadress:

Referensnummer/ansvarsnummer/kostnadsställe:

**Företrädare
avtalssignering**

Namn:

E-post:

Övrigt