

Fallmeldung BETTER CARE - **Betreuer**

AUS DATENSCHUTZGRÜNDEN BITTE NUR PER FAX ODER POSTALISCH ZUSENDEN!

Einrichtungsname (bitte eintragen): _____

Einrichtungsnummer (wird von Projektzentrale ausgefüllt): | _ | _ |

	Betreuer (Nachname, Vorname)	Betreute Studienteilnehmer (Name, Vorname)	Codes Studienteilnehmer (wird von Studienzentrale ausgefüllt)	Datum Einwilligung Betreuer
1		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
2		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	
3		1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	

4		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
5		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
6		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
7		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
8		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	

9		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
10		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
11		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	
12		1. 2. 3. 4. 5.	1. 2. 3. 4. 5.	

Meldung von: _____

Datum, Unterschrift

Name (leserlich)

Studienzentrale Eichstätt-Ingolstadt	Studienzentrale Ulm
Fax: +49 841 / 9934-6372	Fax: +49 731-500-62668
Adresse: Psychotherapeutische Hochschulambulanz z.Hd. Jonathan Thielemann Levelingstraße 7 85049 Ingolstadt	Adresse: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm z. Hd. Elisa Pfeiffer Steinhövelstraße 1 D-89075 Ulm