

## Schriftliche Bestätigung durch einen nicht am Forschungsprojekt beteiligten Arzt

**Bestätigung für die/den nicht am Forschungsprojekt beteiligte/-n Ärztin/Arzt, die/der *nicht* in die nachstehend genannte Studie involviert ist und die Wahrung der Interessen des/der Studienteilnehmers/-In sicherstellt (HFG Art. 30).**

### Angaben zum klinischen Versuch

Titel des Forschungsprojekts:	
Nummer des Forschungsprojekts:	
Ort des Forschungsprojekts:	
Leiter des Forschungsprojekts, Name und Vorname:	
<b>Studienteilnehmer/-In, Name und Vorname:</b>	
Geburtsdatum ( <i>fakultativ</i> ):	Geschlecht ( <i>fakultativ</i> ):

Ich habe die Zusammenfassung zum Protokoll der oben erwähnten Studie erhalten und gelesen.

Ich bestätige, dass die Interessen des/der Studienteilnehmers/-in gewahrt werden und ihre medizinische Betreuung sichergestellt ist.

Ort, Datum	Name, Vorname und Tel.-Nr. <b>der/des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes</b> in Blockschrift	Unterschrift <b>der/des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes</b>
------------	--	--

Ich bestätige, dass die/die nicht am Forschungsprojekt beteiligte Ärztin/Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie informiert ist. Sollte ich, während der akuten Behandlungsphase des Notfallpatienten / der Notfallpatientin, von Aspekten bezüglich der Studiendurchführung erfahren, welche die Interessen des/der Studienteilnehmers/-In beeinträchtigen könnten, werde ich sie/ihn umgehend darüber informieren.

Ort, Datum	Name, Vorname und Tel.-Nr. <b>des Prüfarztes/der Prüfarztin</b> in Blockschrift	Unterschrift <b>des Prüfarztes/der Prüfarztin</b>
------------	---	---