**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:  |
| **Studienteilnehmer/-In, Name und Vorname:** |
| Geburtsdatum (*fakultativ*): |

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. **der/des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes** in Blockschrift | Unterschrift **der/des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes** |

Ich bestätige, dass die/der 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. **des Prüfarztes/der Prüfärztin** in Blockschrift | Unterschrift **des Prüfarztes/der Prüfärztin** |