

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 (<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. 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 Prüfarztin in Blockschrift	Unterschrift des Prüfarztes/der Prüfarztin
------------	---	---