

Klinische Versuche in medizinischen Notfallsituationen (Art. 56 HMG)

Checkliste für den neutralen Arzt/die neutrale Ärztin, der/die nicht in die nachstehend genannte Studie involviert ist und die Teilnahme eines Patienten / einer Patientin an dieser klinischen Studie beurteilt:

Nummer der Studie:
Titel der Studie:
Sponsor:
Ort der Studie:
Prüfärztin/Prüfarzt Name und Vorname:
Patientin/Patient Name und Vorname: Geburtsdatum: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Einschlusskriterien

zutreffend

nicht zutreffend

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Mutmassliche Willensäußerung des Patienten / der Patientin durch den Angehörigen vorhanden
etc. | <input type="checkbox"/> (optional) | <input type="checkbox"/> |

Ausschlusskriterien

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- etc.

Ich habe die Ein- und Ausschlusskriterien bei diesem Patienten / dieser Patientin überprüft (siehe oben) und bestätige, dass sich diese(r) für diese Studie eignen würde. Ich habe keine Einwände, dass der Patient / die Patientin an dieser Studie teilnimmt.

Einverständniserklärung des studien-neutralen Arztes /Ärztin

Name/Vorname:

Datum:..... Unterschrift:.....