

## Schriftliche Bestätigung durch einen nicht am Versuch beteiligten Arzt

**Bestätigung für den nicht am klinischen Versuch beteiligten Arzt/Ärztin, der/die *nicht* in die nachstehend genannte Studie involviert ist und unter Wahrung der Interessen der Versuchsperson deren medizinische Betreuung sicherstellt (HMG 56).**

### Angaben zum klinischen Versuch

Titel des klinischen Versuchs:	
Nummer des klinischen Versuchs:	
Ort des klinischen Versuchs:	
Prüfarzt/Prüfärztin, Name und Vorname:	
<b>Versuchsperson, Name und Vorname:</b>	
Geburtsdatum ( <i>fakultativ</i> ):	Geschlecht ( <i>fakultativ</i> ):

**Arzt/Ärztin, nicht am Versuch beteiligt, Name und Vorname:**

### Einschlusskriterien:

-

### Ausschlusskriterien:

-

Ich habe die oben erwähnten Ein- Ausschlusskriterien zur Kenntnis genommen

Ich bestätige, dass die Interessen der Versuchsperson gewahrt werden und ihre medizinische Betreuung sichergestellt ist.

Ort, Datum	Der nicht am Versuch beteiligte Arzt/Ärztin Name- und Vorname:  Tel.-Nr:  Unterschrift:
------------	--

# AGEK

Arbeitsgemeinschaft der Schweizerischen Forschungs-Ethikkommissionen für klinische Versuche  
Communauté de travail des Commissions d'éthique de la recherche en Suisse

## CT CER

---

Ort, Datum	Name und Tel.-Nr. des Prüfarztes/ der Prüferin in Blockschrift	Unterschrift des Prüfarztes/der Prüferin
------------	--	---