|  |  |
| --- | --- |
| EK-Bearbeitungsnummer(wird von der EK ausgefüllt) |  |

**Studiensynopse für alle nicht-AMG- und nicht-MPG-Studien**

zu richten an das

Sekretariat der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover (OE 9515)

Carl-Neuberg-Straße 1

 30625 Hannover

Telefon: 0511 532 3443 / 9812

Fax: 0511 532 163443

Email: info@mhh-ethikkommission.de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | **Studienleiter\*in** (Titel, Name, Institution) |       |
| **2** | **Stellvertreter\*in**(Titel, Name, Institution) |       |
| **3** | **Biometrie**(Titel, Name, Institution) |       |
| **4** | **Studientitel** |       |
| **5** | **Erkrankung/Indikation** |       |
| **6** | **Studienhypothese** |       |
| **7** | **Einschlusskriterien:** |       |
| **8** | **Ausschlusskriterien:** |       |
| **9** | **Eigenschaften der Studie** | [ ] interventionell [ ] beobachtend[ ] retrospektiv [ ] diagnostisch [ ] Biobank [ ] monozentrisch [ ] multizentrisch[ ] offen [ ] einfach- oder [ ] doppel-blind[ ] randomisiert [ ] ionisierende Strahlung (StrSchV) [ ] Röntgenstrahlung (RöV) |
| **10** | **Intervention**(nicht zutreffend: n.z.) | experimentelle Gruppe:      Kontroll-Gruppe:      Dauer der Intervention pro Patient:      Follow Up pro Patient:       |
| **11** | **Besondere Probanden?** | [ ] Kinder[ ] schwangere oder stillende Frauen[ ] nichteinwilligungsfähige Personen [ ] andere:       |
| **12** | **wichtigste Untersuchungsmethoden** |       |
| **13** | **Endpunkte(e)**(nicht zutreffend: n.z.) | primärer Endpunkt:      sekundäre(r) Endpunkt(e):      Untersuchung der Sicherheit:       |
| **14** | **Biometrische Analyse**(Auswertestrategie für den primären Endpunkt, Fallzahlbegründung, Methoden) |       |
| **15** | **Fallzahlplanung** | Überprüfung der Eignung: n =      Einschluss: n =      notwendig für die Auswertung: n =      Zahl an der MHH: n =       |
| **16** | **Studiendauer** | Rekrutierungsdauer (Monate):      Einschluss erster bis Abschluss letzter Teilnehmer (Monate):       |
| **17** | **Diskussion der erwarteten Risiken / des Nutzens** |       |
| **18** | **Probandenversicherung**(Versicherer, Anschrift) |       |
| **19** | **Aufwandsentschädigung**(Summe in EUR) |       |
| **20** | **Weitere Studienzentren** |       |
| **21** | **Vorherige Anträge bei Ethik-kommissionen** |       |

Wenn gewünscht, geben Sie hier Informationen an, die in der Synopse nicht erfragt werden:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Unterschrift der Studienleitung Ort, Datum