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

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

**- Beurteilung ethischer und rechtlicher Aspekte eines medizinischen  
Forschungsvorhabens am Menschen -**

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: ethikkommission@mh-hannover.de

|  |
| --- |
| 1. **Angaben zur Studie** |

|  |  |
| --- | --- |
| Titel der Studie (ggf. Akronym) |  |
| Studienregister-Nummer |  |

|  |
| --- |
| 1. **Studienleiter\*in[[1]](#footnote-1)** (im Falle von studentischen Arbeiten: Betreuer\*in) |

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Name, Vorname |  |
| Klinik/Institut und Anschrift |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| 1. **Ansprechpartner\*in[[2]](#footnote-2)** |

|  |  |
| --- | --- |
| Titel, Name, Vorname |  |
| Klinik/Institut und Anschrift |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| 1. **Rechnungsempfänger\*in** (bei Industrie-geförderten Studien) |

|  |  |
| --- | --- |
| Adressat\*in  (Name od. Firmenname) |  |
| Ansprechpartner\*in |  |
| Anschrift |  |
| Telefon |  |
| Fax |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| 1. **Eingereichte Unterlagen** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Bezeichnung des Dokuments / Datum und Version** (wenn nicht zutreffend: bitte entsprechend kennzeichnen) |
| Anschreiben |  |
| Studiensynopse entsprechend Vorlage |  |
| Studienprotokoll |  |
| Information(en) für Studienteilnehmer |  |
| Einwilligungserklärung(en) |  |
| Weitere Materialien für Studienteilnehmende |  |
| Stellungnahme(n) anderer Ethikkommission(en) in Kopie |  |
| Sofern notwendig: Stellungnahme der/des Datenschutzbeauftragten |  |
| Sofern zutreffend: Versicherungsbescheinigungen, CE-Zertifikate, Fachinformationen, Gebrauchsinformationen |  |

**Hinweis:**

**Auch bei einer positiven Beurteilung des Vorhabens durch die Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover verbleibt die ärztliche und juristische Verantwortung uneingeschränkt beim Projektleiter und seinen Mitarbeitern.**

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

Name und Unterschrift der Studienleitung[[3]](#footnote-3) Ort, Datum

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

Name und Unterschrift Klinikdirektor\*in/Institutsleitung[[4]](#footnote-4) Ort, Datum

1. Bei Bedarf: Tabelle um gleichberechtigte Leiter/Partner und Stellvertreter erweitern. [↑](#footnote-ref-1)
2. Bei Bedarf: Tabelle um weitere Ansprechpartner erweitern. [↑](#footnote-ref-2)
3. Bei Bedarf: Unterschrifts-, Orts- und Datumsfelder um gleichberechtigte Leiter\*in/Partner und Stellvertreter\*in ergänzen. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bei Bedarf: Unterschrifts-, Orts- und Datumsfelder um weitere beteiligte Institutionen erweitern. [↑](#footnote-ref-4)