|  |
| --- |
| **Administrative Angaben** |
| Studientitel |  |
| Akronym / Kurztitel(optional) |  |
| Vorgangsnummer der Ethik-Kommission(soweit vorhanden) |  |
| Studienregister-Nr.: (optional) |  |
| Antragstellerin/ Antragsteller | Name, Institution, Kontaktdaten |
| Gesamtverantwortliche Person (PI / Sponsor) | (Name / Institution), Kontaktdaten |
| Weitere an dem Forschungsvorhaben beteiligte Einrichtungen | Verantwortliche Person in beteiligter Einrichtung (Side-PI) | Institution(Klinik, Abteilung) | Zuständige Ethik-Kommission |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Bei koordinierten Beratungsverfahren:Koordinierende Ethik-Kommission |  |
| Finanzierung der Studie / Förderung |  |

|  |
| --- |
| **Unterlagen zur Beratung durch die Medizinische Ethikkommission** |
| **Dokument** | **Version / Datum** | **Dateiname** |
| Studienprotokoll(unterschriebenes Dokument) |  |  |
| (sofern Grundlage der Datenerhebung)Teilnehmerinformation u. Einwilligung |  |  |
| (sofern vorhanden)Vertragliche Vereinbarungen |  |  |
| **Bei Multicenter-Studien** |
| Liste mit Kontaktdaten der Studienzentren, der Side-PIs und der zuständigen Ethik-Kommissionen |  |  |
| Vorliegende Ethikvoten(Erstvotum kennzeichnen) |  |  |

**Für jede an dem Forschungsvorhaben beteiligte Einrichtung, für die die Medizinische Ethik-Kommission der Fakultät der Universität Oldenburg die zuständige Ethikkommission ist, sind die folgenden Dokumente einzureichen:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Studienzentrum** |  |
| **Dokument** | **Version / Datum** | **Dateiname** |
| Antrag des Studienzentrums(Mit Angabe zur Förderung / Unterschrift Side-PIs)  |  |  |
| Zustimmung der Klinikleitung / Abteilungsleitung |  |  |
| Lebenslauf des Side-PIs,sowie der beteiligten Ärztinnen und Ärzte(nicht erforderlich, wenn aktueller CV vorliegt) |  |  |
| Unterzeichnete Erklärung(en) zu Interessenskonflikten |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Studienzentrum** |  |
| **Dokument** | **Version / Datum** | **Dateiname** |
| Antrag des Studienzentrums(Mit Angabe zur Förderung / Unterschrift Side-PIs) |  |  |
| Zustimmung der Klinikleitung / Abteilungsleitung |  |  |
| Lebenslauf des Side-PIs,sowie der beteiligten Ärztinnen und Ärzte(nicht erforderlich, wenn aktueller CV vorliegt) |  |  |
| Unterzeichnete Erklärung(en) zu Interessenskonflikten |  |  |

Hiermit erkläre ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort&Datum .
 Unterschrift Antragssteller