

Klinische Forschung in der Chirurgie

1. Klinikname und -anschrift

2. Direktor/ Leiter der Klinik

Name:

E-Mail:

TelefonNr.:

FaxNr.:

Weiterer
Ansprechpartner
in Ihrer Klinik:

3. Fachgebiet

Allgemeinchirurgie

Gefäßchirurgie

Herz-, Thorax-, Gefäßchirurgie

Kinderchirurgie

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Neurochirurgie

Orthopädie

Plastische-, Rekonstruktive-, Ästhetische Chirurgie

Thoraxchirurgie

Unfallchirurgie

Viszeralchirurgie

Andere Spezialitäten. Bitte angeben:

4. Beteiligen Sie sich:

- generell an Klinischen Studien?

ja

nein

- speziell zu Medizinprodukten?

ja

nein

- speziell zu Implantaten?

ja

nein

- andere

ja

nein

Wenn ja,
bitte angeben:

5. Verfügt Ihr Klinikum über ein Studienzentrum?

- z.B. KKS

ja

nein

- wenn nein, nutzen Sie ein Studienzentrum außerhalb Ihrer Klinik?

ja

nein

6. Verfügt Ihr Klinikum über ein spezielles Studienzentrum für Medizinprodukte?

ja

nein

7. Angaben zur Größe Ihres Klinikums:

- Mitarbeiter (Ärzte + Wissenschaftler):

n=

- Stationär behandelte Patienten/ Jahr:

n=

8. Anzahl der in Ihrer Klinik (Abteilung)/ Jahr behandelten Patienten

- davon für Studien rekrutiert

9. Ist Ihr Zentrum in ein Studiennetzwerk eingebunden?

ja

nein

10. Für die Planung Klinischer Studien nutzen Sie welche Ethikkommission?

- klinikintern

ja

nein

- extern

ja

nein

- bei externer Ethikkommission, welche?

11. An wie vielen Klinischen Studien zu Medizinprodukten haben Sie in den letzten 5 Jahren teilgenommen?

- Themen:

- davon Anzahl der Implantatstudien:

- Themen:

12. Wieviele Patienten wurden in Ihrer Klinik durchschnittlich/ Jahr für diese Studien rekrutiert?

13. Wie oft hatten Sie/ Ihre Klinik bei diesen Studien die Aufgabe . . .

- des Studienleiters?

- des Studienteilnehmers?

14. Wie viele Publikationen sind in den letzten 5 Jahren aus Ihrer Klinik hervorgegangen?

15. Ist in/ mit Ihrer Klinik ein chirurgisches Forschungslabor . . .

- integriert

ja

nein

- assoziiert

ja

nein

16. Welche Methoden der Grundlagenforschung zu Medizinprodukten und speziell Implantaten werden in Ihrem Zentrum angeboten?

- in vitro Untersuchungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Zellkultur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Hygiene/ Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Materialforschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Biomechanik:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Funktionsuntersuchungen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	ja	nein				
- Kleinterversuche	- akut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- chronisch:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein		ja	nein
- Großtierversuche	- akut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	- chronisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja	nein		ja	nein

16. Besteht in Ihrem Zentrum bereits eine Kooperation mit Herstellern von Medizinprodukten?

ja nein

- wenn ja, mit welchen Herstellern?

- zu welchen Themen?

17. Verfügen Sie und Ihre Klinik außerhalb von Studien bereits über eine besondere Expertise mit bestimmten Medizinprodukten/ Implantaten?

Ja nein

- wenn ja, mit welchen?

18. Wären Sie bereit, in einem flächendeckenden Netzwerk zur Forschung und Bewertung von Medizinprodukten/ Implantaten in Deutschland teilzunehmen?

Ja
nein

- wenn ja, für welche?

Mit der Einstellung der Angaben (Auszug) auf der Homepage der DGCH und einem Link zur Website meiner Klinik (Abteilung) bin ich einverstanden

Ja
nein

Für Rückfragen stehe ich gern zu Ihrer Verfügung
Besten Dank für Ihre Unterstützung

Prof. Dr. med. Hans-Detlev Saeger
Leiter der Projektgruppe Wissenschaft der DGCH

Bitte um Rücksendung des ausgefüllten Bogens per Mail an :
hans-detlev.saeger@uniklinikum-dresden.de