|  |
| --- |
| **Schriftliche Bestätigung durch eine/einen nicht am Forschungsprojekt beteiligte Ärztin/beteiligten Arzt** |

Bestätigung für die/den nicht am Forschungsprojekt beteiligte Ärztin/beteiligten Arzt, die/der nicht in die nachstehend genannte Studie involviert ist und die Wahrung der Interessen der Studienteilnehmerin/des Studienteilnehmers sicherstellt (HFG Art. 30).

**Angaben zum klinischen Versuch**

|  |  |
| --- | --- |
| Titel des Forschungsprojektes:  Untersuchung zur Wirksamkeit von Tranexamsäure nach einer Hirnblutung | |
| Nummer des Forschungsprojektes: 2023- 02323 | |
| Ort des Forschungsprojektes:  Kantonsspital St. Gallen, Rorschacherstrasse 95, 9007 St. Gallen | |
| Leiter des Forschungsprojekts, Name und Vorname:  PD Dr. Isabel Charlotte Hostettler, PhD, Klinik für Neurochirurgie, Tel: +41 71 494 97 40, Email: isabel.hostettler@kssg.ch | |
| **Studienteilnehmer/-In, Name und Vorname:** | |
| Geburtsdatum (*fakultativ*): | Geschlecht (*fakultativ*): |

Ich habe die Zusammenfassung zum Protokoll der oben erwähnten Studie erhalten und gelesen.

Ich bestätige, dass die Interessen der Studienteilnehmerin/des Studienteilnehmers gewahrt werden und ihre medizinische Betreuung sichergestellt ist.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Name, Vorname und Tel.-Nr. **der / des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes** in Blockschrift | Unterschrift **der/des nicht am Forschungsprojekt beteiligten Ärztin/Arztes** |

Ich bestätige, dass die/der nicht am Forschungsprojekt beteiligte Ärztin/Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der Studie informiert ist. Sollte ich, während der akuten Behandlungsphase der Notfallpatientin/des Notfallpatienten, von Aspekten bezüglich der Studiendurchführung erfahren, welche die Interessen der Studienteilnehmerin/des Studienteilnehmers beeinträchtigen könnten, werde ich ihn/sie umgehend darüber informieren.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort, Datum | Name, Vorname und Tel.-Nr. **der Prüfärztin**/**des Prüfarztes** in Blockschrift | Unterschrift  **der Prüfärztin/des Prüfarztes** |