**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:

 ja nein

 - Zellkultur:

 ja nein

 - Hygiene/ Mikrobiologie

 ja nein

 - Materialforschung

 ja nein

 - Biomechanik:

 ja nein

 - Funktionsuntersuchungen:

 ja nein

 - Kleintierversuche - akut: - chronisch:

 ja nein ja nein

 - Großtierversuche - akut: - chronisch

 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