**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](mailto:hans-detlev.saeger@uniklinikum-dresden.de)