**Anlage 1: Liste der betreuten Klinischen Prüfungen im** **. Halbjahr 20**

**Angaben zu den klinischen Prüfungen und den verantwortlichen Personen**

**Firma (CRO):**

| **Eudra-CT-Nr.** | **Titel (Indikation) und Studien­nummer** | **Sponsor** | **Auftragvergabe an mein Unternehmen** | **Name LKP[[1]](#footnote-1)** | **Zahl der Prüfärzte/ Zentren** | **Anzahl der Patienten** | **Zeitraum[[2]](#footnote-2)****Beginn** | **Zeitraum2****Ende** | **Prüfzentren in Hessen[[3]](#footnote-3)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **[ ]  Prüfplan und CRF-Erstellung****[ ]  Auswahl der Prüfärzte/ des LKP****[ ]  Biometrie/ statistische Auswertung****[ ]  Monitoring****[ ]  Auditing****[ ]  Datenverarbeitung/ Auswertung****[ ]  Berichterstellung****[ ]  Sonstige:** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **[ ]  Prüfplan und CRF-Erstellung****[ ]  Auswahl der Prüfärzte/ des LKP****[ ]  Biometrie/ statistische Auswertung****[ ]  Monitoring****[ ]  Auditing****[ ]  Datenverarbeitung/ Auswertung****[ ]  Berichterstellung****[ ]  Sonstige:** |  |  |  |  |  |  |

1. Leiter der klinischen Prüfung [↑](#footnote-ref-1)
2. Monat / Jahr (00.00) [↑](#footnote-ref-2)
3. ja/nein [↑](#footnote-ref-3)