



Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland e.V.

Erklärung zur Eignung des Studienzentrums

1. Titel des Projektes:

Perimetrische Untersuchung des Gesichtsfeldes nach Goldman mittels VR

2. Lokales Studienzentrum inklusive lokal verantwortlicher Studienleitung:

Augenklinik Heidelberg | Prof. Dr. med. Ina Conrad-Hengerer

3. Protokollgemäße Studiendurchführung:

Hiermit erklären wir, dass das Projekt in dem o. g. Studienzentrum gemäß dem geltenden Prüfplan Studienprotokoll durchgeführt wird.

4. Personelle Ressourcen:

Hiermit erklären wir, dass in dem o. g. Studienzentrum die personellen Ressourcen für die Durchführung des Projektes vorhanden sind. Es wird bestätigt, dass das eingesetzte Personal für die protokollgemäße Durchführung des o. g. Projektes ausreichend qualifiziert ist. Die lokal verantwortliche Studienleitung wählt das Personal aus und leitet dieses an.

5. Ausstattung des Studienzentrums:

Hiermit erklären wir, dass das o.g. Studienzentrum mit den räumlichen, sachlichen und finanziellen Mitteln ausgestattet ist, die für eine protokollgemäße Durchführung des o. g. Projektes erforderlich sind.

6. Gute wissenschaftliche Praxis:

Hiermit erklären wir, dass in dem o. g. Studienzentrum die Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis, insbesondere die Deklaration von Helsinki, eingehalten werden.

7. Interessenskonflikt:

Hiermit erklären wir, dass in dem o.g. Studienzentrum keine finanziellen oder anderweitigen Interessenskonflikte oder Abhängigkeiten bestehen, die die Durchführung des Projektes in irgendeiner Weise beeinflussen. Alle finanziellen und materiellen Unterstützungen für die Studie wurden in den Unterlagen angegeben.

Datum
19.9.25

Prof. Dr. med. Ina Conrad-Hengerer
Name Druckbuchstaben

Datum

J. Conrad-Hengerer
Prof. Dr. med. Ina Conrad-Hengerer, FEBO

Unterschrift lokale
Studienleitung

Lehrbeauftragte HeiCuMed
Universitäts-Augenklinik

8. Zustimmung der Klinik/Institution:

Hiermit erkläre ich, dass ich mit der Durchführung des o. g. Projektes in meiner Klinik / meiner Institution einverstanden bin und die erforderlichen personellen und sachlichen Mittel vorhanden sind.

Im Neuenheimer Feld 400 | 69120 Heidelberg

19.9.25
Datum

Prof. Dr. med. Gerd U. Auffarth
Name Druckbuchstaben

Unterschrift Klinik-Institutsleitung