**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)