Verpflichtung auf die Leitlinie zur   
Guten Klinischen Praxis (ICH-GCP)

der *(Medizinischen Einrichtung des koordinierenden Prüfers[[1]](#footnote-1))*vertreten durch den *(Name des Vertreters der medizinischen Einrichtung)*

gegenüber dem

Bundesministerium für Bildung Und Forschung  
vertreten durch das  
Deutsche Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung e.V. (DZHK) gemeinsam mit dem  
Fördermittelmanagement des DZHK.

**Vorbemerkung**

Gegenstand nachfolgender Erklärung ist die klinische Studie mit der Bezeichnung

*(Titel der Studie / ggf. Förderkennzeichen / ggf. Registrierungsnummer)*

Die *(Medizinischen Einrichtung des koordinierenden Prüfers)* verpflichtet sich mit dieser Erklärung die o. g. klinische Studie auf dem höchstmöglichen Standard hinsichtlich der Probandensicherheit und der Datenqualität durchzuführen. Der koordinierende Prüfer, *(Name),* zeichnet diese Erklärung Kenntnis nehmend mit.

**Erklärung**

Die *(Medizinische Einrichtung des koordinierenden Prüfers)* gewährleistet gegenüber der Förderorganisation:

1. Die o. g. klinische Studie wird gemäß den Grundsätzen von ICH-GCP durchgeführt.
2. Die *(Medizinische Einrichtung des koordinierenden Prüfers)* übernimmt die Verantwortung, Funktionen und Pflichten des Sponsors gemäß Kapitel 5 ICH-GCP[[2]](#footnote-2) bzw. DIN EN ISO 14155 (für Medizinprodukte) unbeschadet der Tatsache, dass die Förderorganisation im Rahmen dieser Zuwendung zusätzliche Finanzmittel (Drittmittel) bereitstellt.
3. Mit allen beteiligten Einrichtungen werden schriftliche Vereinbarungen abgeschlossen, die sicherstellen, dass die vorgenannte Verantwortung ausgeübt werden kann.

(*Die medizinische Einrichtung*) übernimmt die Erfüllung aller zu beachtender gesetzlichen Obliegenheiten. (*Die Medizinische Einrichtung*) stellt die Förderorganisation insofern von sämtlichen Ansprüchen Dritter gänzlich frei.

Kenntnis genommen:

|  |  |
| --- | --- |
| *(Ort),* den *(Datum)*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Funktion, Name des Vertreters der Medizinischen Einrichtung)*  *(Medizinische Einrichtung)* | *(Ort),* den *(Datum*)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Name)*  Koordinierender Prüfer (ggf. zusätzlich LKP)  *(Klinik/ Einrichtung)* |

1. kursive Texte durch die zutreffenden Bezeichnungen ersetzen [↑](#footnote-ref-1)
2. ICH Harmonised Tripartite Guideline: Guideline for Good Clinical Practice E6/International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use. <https://intern.dzhk.de/assets/mediafiles/Factsheet_GCP.pdf> [↑](#footnote-ref-2)