



## Formblatt „Site Referral“

Dieses Formblatt wird durch einen an der Durchführung einer klinischen Studie interessierten Arzt ausgefüllt und dokumentiert ein Interesse an der Durchführung einer klinischen Studie durch einen Arzt.

**WICHTIGER HINWEIS:** Es handelt sich hierbei um eine vorläufige Einschätzung, aus der kein Recht auf eine Evaluierung durch einen Mitarbeiter von Bristol-Myers Squibb und/oder eine mögliche Studienteilnahme abgeleitet werden kann.

<b>Medizinische Fachrichtung:</b>	Virologie <input type="checkbox"/> , Onkologie <input type="checkbox"/> , Innere Medizin <input type="checkbox"/> , Immunologie <input type="checkbox"/> , andere, nämlich _____ <input type="checkbox"/>
<b>Behandelte Indikationen:</b>	
<b>Institution:</b>	
<b>Abteilung:</b>	
<b>Name potentieller Prüfarzt :</b> <i>(Bitte keine Abkürzungen)</i>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ / Stadt:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Fax:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Medical Science Manager bei Bristol-Myers Squibb:</b> <i>(wenn bekannt)</i>	
<b>Datum:</b>	



**1. Haben Sie Erfahrung in der Durchführung klinischer Studien?**  ja  nein

Studienerfahrung in Jahren: \_\_\_\_

Anzahl bisher durchgeführter klinischer Studien: \_\_\_\_

**2. In welcher der aufgeführten Studienphasen haben Sie bereits Erfahrung?**

Phase I

Phase II

Phase III

Phase IV

AWB

IIT, IST

**3. Wie viele Ärzte sind in Ihrer Abteilung / Praxis beschäftigt? \_\_\_\_**

Sind diese ebenfalls an der Durchführung klinischer Studien beteiligt?  ja  nein

**4. Verfügt Ihre Institution über eine Studienzentrale?**  ja  nein

Falls ja, geben Sie bitte Details an:

---

➤ Anzahl Vollzeit Study Site Coordinators / Study Nurses: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ Anzahl Teilzeit Study Site Coordinators / Study Nurses: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

➤ Englische Sprachkenntnisse der Study Site Coordinators:  gut  moderat  keine

**5. Ist Ihre Institution Teil eines Netzwerks oder einer kooperierenden Studiengruppe?**

Falls ja, geben Sie bitte Details an:  ja  nein

---



## **Autorisierung zur Datenspeicherung und -verarbeitung durch Bristol-Myers Squibb**

Hiermit autorisiere ich Bristol-Myers Squibb (BMS), die mittels dieses Fragebogens erhobenen Daten zum Zweck der Evaluierung einer möglichen Teilnahme in einer klinischen Studie in einer elektronischen Datenbank zu speichern und zu verarbeiten. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich verstehe, dass diese Speicherung und Verarbeitung von Daten weder einen Evaluierungsbesuch von Seiten eines Mitarbeiters von BMS noch eine Studienteilnahme in einer von BMS durchgeführten klinischen Studie garantiert.

Die erhobenen Daten können ggfs. an andere BMS-Standorte (innerhalb der Europäischen Union, den Vereinigten Staaten von Amerika oder anderen Ländern) weitergegeben werden. Bei diesen Datenempfängern hat BMS entsprechende Maßnahmen ergriffen, um sicherzustellen, dass Ihre übermittelten personenbezogenen Daten adäquat geschützt sind, z. B. durch EU Standardvertragsklauseln oder verbindliche unternehmensinterne Vorschriften. Sie haben die Möglichkeit, eine Kopie dieser Dokumente unter [datenschutzbeauftragter@bms.com](mailto:datenschutzbeauftragter@bms.com) zu erhalten. Die von Ihnen zur Verfügung gestellten Daten sind nur qualifizierten und bevollmächtigten Mitarbeitern von BMS zugänglich und werden von diesen vertraulich behandelt.

Sie haben das Recht, jederzeit Auskunft über die von uns verarbeiteten Daten, sowie eine Kopie dieser Daten zu verlangen, eine Berichtigung unrichtiger Daten, die Löschung der Daten, die Einschränkung der Verarbeitung und auf die Übertragung der Daten von uns an Sie. Sie haben außerdem das Recht, in den gesetzlich vorgesehenen Fällen der Verarbeitung Ihrer Daten zu widersprechen. Sie haben jederzeit das Recht, Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde einzureichen. Bitte kontaktieren Sie hierzu die folgende Adresse:

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA  
VERTRAULICH  
z. Hd. des Datenschutzbeauftragten  
Arnulfstr. 29, 80636 München, Deutschland  
[datenschutzbeauftragter@bms.com](mailto:datenschutzbeauftragter@bms.com)

BMS wird die zu Ihrer Person gespeicherten Daten nicht an unbeteiligte Dritte weitergeben oder verkaufen.

Name (Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

*(Es muss die Person unterschreiben, auf die sich die angegebenen Daten beziehen)*



# Bristol-Myers Squibb

Liebe Bewerberin, Lieber Bewerber,

haben Sie vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens, Sie helfen uns damit, mögliche neue Prüfzentren zu identifizieren!

Bitte leiten Sie diesen Fragebogen an den RCO DACH Hub Unit Manager weiter:

**Susanne Busta**

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA

Arnulfstr. 29

80636 München

**Telefon:** 089-121 42 424

**Fax:** 089-121 42 560

**e-mail:** [susanne.busta@bms.com](mailto:susanne.busta@bms.com)