



DSZ-HNO Prüfarztdatenbank

Name	Vorname				
Anrede	Akademischer Titel				
E-Mail-Adresse					
Telefon	Fax				
Institution	Abteilung				
Straße, Hausnummer	PLZ, Stadt				
Land					
DGHNO-Mitglied	Ja	Nein	BVHNO-Mitglied	Ja	Nein

Interessen

Fachliche Interessenschwerpunkte

- Audiologie, Neurootologie und Otologie
- Klinische Immunologie, Allergologie und Umweltmedizin
- Onkologie
- Olfaktologie, Gustologie
- Schlafmedizin
- Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Hals-Nasen-Ohren-Chirurgie
- HNO-Infektiologie und Hygiene
- Schädelbasis- und kraniofaziale Chirurgie
- Rhinologie/Rhinochirurgie
- Pädiatrische HNO-Heilkunde Laryngologie und Trachealerkrankungen
- Speicheldrüsen- und Schilddrüsenerkrankungen / N. facialis
- Weitere Interessen

Spezielle Diagnostik

Welche spezielle Diagnostik bieten Sie an?

- Anteriore Rhinomanometrie
- Akustische Rhinometrie
- Nasale Provokations-Testung
- Digitale Volumetomographie (DVT)
- Posturographie
- Videokopfimpuls-Test
- Brainstem evoked response audiometry (BERA)
- Spezifisches IgE (sog. O-III-Labor)
- Schlaflabor
- Schluckendoskopie
- Videostroboskopie
- Stimmfeldmessung
- Sonographie



Spezielle Therapien

Welche speziellen Therapien bieten Sie an?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Akupunktur | <input type="checkbox"/> Hörtraining |
| <input type="checkbox"/> Naturheilverfahren | <input type="checkbox"/> Plastische OPs |
| <input type="checkbox"/> Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) | <input type="checkbox"/> LASER OPs |
| <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Radiofrequenztherapie |
| <input type="checkbox"/> Schwindeltraining | |

Personal für klinische Studien

Wenn Sie an klinischen Studien teilnehmen wollen, machen Sie bitte folgende Angaben:

	Vorhanden	Anzahl	Erfahrung in Jahren	GCP Zertifikat?
Prüfer	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Study Nurse	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Studienkoordinator	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Datenmanager	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

Erfahrung mit klinischen Studien

- Phase I
- Phase II
- Phase III
- Phase IV
- Studie mit Medizinprodukten
- Beobachtungsstudie

Erfahrung als Studienleiter vorhanden?	Ja	Nein	
Prüfarztkurszertifikat vorhanden?	Ja	Nein	Unbekannt
GCP-Refresherkurs nötig?	Ja	Nein	Unbekannt

Wenn ja, in welchem Jahr?

Haben Sie / Ihr Zentrum in den letzten 2 Jahren an einer klinischen Studie oder einer Beobachtungsstudie teilgenommen?

Ja Nein Unbekannt

Haben Sie zusätzlich Ihren eigenen Patienten weiteren Zugang zu Patientenkollektiven über Kooperationen mit anderen medizinischen Einrichtungen?

Ja Nein Unbekannt

Hat das Studienteam Erfahrung im Umgang mit eCRF (electronic Case Report Form)?

Ja Nein Unbekannt

Hat das Studienteam Erfahrung im Umgang mit IVRS (Interactive Voice Response System)?

Ja Nein Unbekannt