

Obligatorische Dissertationsanzeige bzgl. Tierschutzes, Untersuchungen am Menschen und Versuche mit gentechnisch veränderten Organismen

Name: _____

Vorname: _____

Name des Betreuers / der Betreuerin: _____

Abteilung: _____

angestrebter Grad: Dr. med. Dr. med. dent. Dr. rer. biol. hum.
 MD/PhD / Dr. rer. nat. Dr. PH

a) **Tierversuche**

wurden durchgeführt ja nein
wenn ja, bitte ausfüllen

Arbeit, die einen oder mehrere Tierversuche gem. § 7 TSchG (z.B. Verhaltensstudien ohne Behandlung und Beeinträchtigung der Tiere; Fütterungsstudien mit physiologischen Futterbestandteilen, Betäubung und Tötung von Tieren) gem. § 4 TSchG beinhaltet. Bei anzeigepflichtigen Versuchen gem. § 8 TSchG (Versuche an Wirbeltieren):

Angezeigt bei: _____ Aktenzeichen der Behörde: _____

Bei genehmigungspflichtigen Versuchen (gem. § 8 TSchG):

Genehmigung beantragt Wann: _____ Wo: _____

Genehmigung erteilt (fügen Sie bitte eine Fotokopie der Genehmigung bei – ansonsten geben Sie Datum und Aktenzeichen der Behörde an): _____

ja nein

Arbeit, in der tote Tiere oder Teile toter Tiere verwendet wurden (z.B. Schlachtkörper oder deren Teile, Sektionsmaterial; Organe oder Teile von im Zusammenhang mit dieser Untersuchung getöteten Tieren)

ja nein

Arbeit, in der lebende Tiere benutzt werden, die aber keinen Tierversuch i.S. des § 7 TSchG beinhaltet (z.B. Verhaltensstudien ohne Behandlung und Beeinträchtigung der Tiere; Fütterungsstudien mit physiologischen Futterbestandteilen, Betäubung und Tötung von Tieren gem. § 4 TSchG)

ja nein

b) Untersuchungen am Menschen

wurden durchgeführt ja nein
wenn ja, bitte ausfüllen

Genehmigungsnummer der Ethikkommission der MHH _____

Name des bei der Ethikkommission gemeldeten Projektleiters: _____

c) Versuche gemäß Gentechnikgesetz

wurden durchgeführt ja nein
wenn ja, bitte ausfüllen

Name des verantwortlichen und bei der Bezirksregierung
gemeldeten Projektleiters: _____

Sicherheitsstufe S1: Sicherheitsstufe S2: Sicherheitsstufe S3:

Datum des Zustimmungsbescheides: _____

Aktenzeichen des Zustimmungsbescheides: _____

Laufende Nummer(n) der Aufzeichnung(en): _____

Hannover, den _____

Unterschrift Doktorand / Doktorandin

Unterschrift Betreuer / Betreuerin

Stempel Klinik / Institut / Abteilung