

**Disclosure Form:**

**Selbstauskunft zu finanziellen Interessen im Zusammenhang mit PHS-/NSF-Projekten**

Dieses Formular bezieht sich auf die "Richtlinie zu finanziellen Interessenkonflikten bei Zuwendungen der US-amerikanischen Public Health Service (PHS) Agencies und der US-National Science Foundation (NSF) an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität".

Name der/des Projektmitarbeitenden:

Funktion innerhalb des Projekts:

Name Projektleitung:

Klinik/Institut:

Adresse:

Projekttitel:

Fördermittelgeber (PHS/NSF):

Grant-/Projekt-Nummer:

Im Hinblick auf das o. b. Projekt, in welchem ich für Planung, Durchführung des Projekts und/oder Berichterstattung der Projektergebnisse zuständig bin, bestehen meinerseits im Zusammenhang mit PHS-/NSF- Zuwendungen (nachfolgend gemeinsam „US- Zuwendung“):

**A.  keine signifikanten finanziellen Interessen**

Als Projektmitarbeiter:in im o. g. Projekt bestätige ich hiermit, dass weder für mich, noch für meine:n Angehörige:n ein signifikanter finanzieller Interessenkonflikt vorlag, der sich direkt und erheblich auf das o. g. Projekt und die US- Zuwendung auswirken könnte.

**B.  signifikante finanzielle Interessen**

Es lag/en für mich bzw. für und/oder meine:n Angehörige:n ein oder mehrere folgender finanzielle Interessenskonflikte vor, die sich direkt und erheblich auf das o. g. Projekt und die US- Zuwendung auswirken könnten:

| Ja                       | Nein                     |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Aktien / Geschäftsanteile / Aktienoptionen / Eigenkapitalbeteiligungen</b><br>o. ä.: Während der letzten 12 Monate waren ich und/oder meine:n Angehörige:n im Besitz solcher Werte, die addiert 5.000 US\$ übersteigen. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Eigentumsanteile:</b> Während der letzten 12 Monate waren ich und/oder meine:n Angehörige:n im Besitz von Eigentumsanteilen, die addiert 5% eines bestimmten Unternehmens übersteigen.                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Gehalt / Honorare / Vergütungen / Andere Zahlungen:</b> Während der letzten 12 Monate haben ich und/oder meine:n Angehörige:n Zahlungen der o. g. Art erhalten, die addiert 5.000 US\$ übersteigen.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Patente / Urheberrechte / Lizenzzahlungen aus solchen Rechten:</b><br>Ich und/oder meine:n Angehörige:n haben Rechte und Anteile an geistigem Eigentum erhalten, die bei Erhalt von Einkünften 5.000 US\$ übersteigen.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Reisekostenerstattung durch Firmen oder gesponserte Reisen:</b><br>Während der letzten 12 Monate waren ich und/oder meine:n Angehörige:n Nutznießer solcher Reisen.   |

**Nähere Erläuterung bei „Ja“:**

Art des finanziellen Interesses:

Name und Sitz des Unternehmens:

Ungefährer Gesamtwert des finanziellen Interesses in USD (auf Tausend USD gerundet):

**Bestätigung**

Ich bestätige hiermit, dass ich die "Richtlinie zu finanziellen Interessenkonflikten bei Zuwendungen der US-amerikanischen Public Health Service (PHS) Agencies und der US-National Science Foundation (NSF) an der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität" gelesen und verstanden habe und, dass ich diese einhalten werde. Dieses Formular zur Selbstauskunft habe ich nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt. Ich bin damit einverstanden, dass die laut der o.g. Richtlinie betroffenen Parteien Einblick in dieses Formular erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift der oder des Projektmitarbeitenden: