



Interessenkonflikt

Sehr geehrte Autorinnen, sehr geehrte Autoren,

zur Veröffentlichung wissenschaftlicher Beiträge im Versorgungsatlas ist eine Erklärung von jeder Autorin bzw. jedem Autor eines Beitrags notwendig. Bitte senden Sie diese Erklärung unterschrieben an:

ZI – Zentralinstitut für kassenärztliche Versorgung in Bundesrepublik Deutschland

Redaktion Versorgungsatlas

Herbert-Lewin-Platz 3

10623 Berlin

Fax: 030 – 4005 27 24 19

E-Mail: kontaktversorgungsatlas@zi-berlin.de

Name(n) des Autors / der Autoren

Titel des Beitrags

Erläuterungen zum Interessenskonflikt

Im Sinne der Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals der ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors) besteht ein Interessenkonflikt dann, wenn ein Autor finanzielle oder persönliche Beziehungen hat, die dazu geeignet sind, die Inhalte des eingereichten Manuskripts zu beeinflussen. Hinsichtlich materieller Interessenkonflikte können dies beispielsweise finanzielle Verbindungen zu Unternehmen (z.B. Pharmafirma) sein, deren Produkte im Artikel unmittelbar oder mittelbar berührt sind. Nichtmaterielle Interessenkonflikte liegen dann vor, wenn zum Beispiel enge persönliche Verbindungen zu jemandem bestehen, dessen wirtschaftliche oder ideelle Belange durch den Artikel berührt werden (Partnerschaft, etc.). Neben den materiellen und nichtmateriellen Verbindungen können finanziellen Verbindungen zum Interessenskonflikt führen, wenn beispielsweise Beschäftigungsverhältnisse, Beratungstätigkeiten, Aktienbesitz, Honorare für Vorträge, Reisekostenübernahmen, Studienunterstützungen oder andere Drittmittel bestehen. Auch wenn kein potentieller Interessenskonflikt besteht, so ist dies anzugeben.

Erklärung zum Interessenkonflikt

- Hiermit erkläre ich, dass folgender Interessenskonflikt im obigen Sinne vorliegt:

Materiell:

Immateriell:

Finanziell:

- Hiermit erkläre ich, dass kein Interessenskonflikt im obigen Sinne (d.h. nach Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals) vorliegt:

Vorname/ Name

Institution

Ort und Datum

Unterschrift