

# Unabhängigkeitserklärung 2024

## Umfrageantwort 1

### Finanzielle und persönliche Unabhängigkeit

|                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Halten Sie eine finanzielle Beteiligung an einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Herstellerunternehmen von Medizinprodukten oder Digitalen Gesundheitsanwendungen oder einem Softwareunternehmen im Bereich Gesundheitstelematik? |
| Ja                                                                                                                                                                                                                                    |

|                            |
|----------------------------|
| Bei welchem Unternehmen?   |
| ETFs mit Pharmaunternehmen |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Waren Sie in den letzten fünf Jahren für ein pharmazeutisches Unternehmen, ein Auftragsforschungsinstitut, für ein Herstellungsunternehmen von Medizinprodukten oder Digitalen Gesundheitsanwendungen, für ein Unternehmen im Bereich der Semantik, in einer klinischen Prüfung, einem Lenkungsausschuss, wissenschaftlichen Beirat oder einer vergleichbaren Einrichtung tätig? |
| Nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |

### Sonstige Interessen

|                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Waren Sie in den letzten drei Jahren an der Entwicklung eines Arzneimittels oder Medizinprodukts beteiligt (z.B. als Prüffärztin/Prüfarzt oder in vergleichbarer Funktion)? |
| Nein                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Haben Sie ein Patent oder ein sonstiges Recht für ein Arzneimittel/einen Wirkstoff, an einem Medizinprodukt, an einer digitalen Gesundheitsanwendung, IT-Anwendung/ Software im Bereich Gesundheitstelematik? |
| Nein                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Für welche/-s/-n Arzneimittel/Wirkstoff/Medizinprodukt/digitale Gesundheitsanwendung, IT-Anwendung/Software im Bereich Gesundheitstelematik? |
|                                                                                                                                              |

### Erklärung

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Erklären Sie nach bestem Wissen und Gewissen, dass Ihre Angaben wahrheitsgemäß sind und außer den oben angegebenen Interessen keine weiteren Tatsachen vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen gegen eine unparteiische Amtsausübung hervorzurufen und eine Besorgnis der Befangenheit zu begründen. |
| Ja, das bestätige ich.                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verpflichten Sie sich, jede Änderung der zuvor erklärten Angaben unverzüglich dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gegenüber anzuzeigen. |
| Ja, hierzu verpflichte ich mich.                                                                                                                            |

|          |
|----------|
| Vorname  |
| Godehard |

|           |
|-----------|
| Nachname  |
| Krollmann |