 

**F o R U M - A N T R A G**

Clinician Scientist

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐** | Clinician Scientist | **☐** | Female  Clinician Scientist | **☐** | Advanced  Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

**Antrag-Nr.** (wird vom Forschungsreferat eingetragen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Kennwort** |  |

**Kurzbeschreibung**

**Bitte vor dem Absenden des Antrags die grauen Textpassagen löschen**

# Angaben zum Antragsteller/zur Antragstellerin

## Antragsteller\*in

Vorname, Name, Akademischer Grad, Geburtsdatum, Nationalität, Adresse, Telefon, E-Mail

Institution und Institut / Abteilung, Dienststellung, Haus- oder Drittmittelstelle, derzeitiger Stellenumfang mit Ein- gruppierung und Jahresgehalt.

Lebenslauf (tabellarisch und unterschrieben mit Angabe des Promotionsthemas und -datums) als Anlage I (s. h.)

* + - Lebenslauf, siehe Anlage I

## Voraussetzungen für den Antragsteller/die Antragstellerin

Freistellungszusage des Klinikleiters, Art der Weiterbeschäftigung nach dem Freistellungsjahr mit verbindlicher Zusage des Klinikleiters sowie Befürwortung der Geschäftsführung der Klinik.

* + - Bescheinigung des Klinikleiters/der Klinikleiterin, s. Anlage II
    - Bescheinigung der Geschäftsführung, s. Anlage III

# Angaben zur Klinik

## Fachgebiet und Arbeitsrichtung der Klinik

Kurze Beschreibung des zentralen Forschungsgebiets der Institution.

## Zahl der Mitarbeiter\*innen der Klinik

Gesamtzahl der in Klinik und/oder Forschung Tätigen einschl. Professoren

|  |  |
| --- | --- |
| **Mitarbeiter\*innen mit wiss. Abschluss (Hausmittel)**  (Gesamtzahl in Klinik und Forschung) | **Mitarbeiter\*innen mit wiss. Abschluss (Drittmittel)**  (Gesamtzahl in Klinik und Forschung) |
|  |  |

## Bisherige Clinician Scientist-Stellen der Klinik

* Für die letzten drei Jahre (2020-2022) jeweils angeben:
  + Az. und Kennwort des bewilligten Antrags
  + Name des Empfängers/der Empfängerin
  + Status des Projektes
* Bitte **keine** FoRUM Projektförderungen aufführen!

## Erfolge aus bisheriger FoRUM-Förderung für Rotationsstellen bzw. Clinician Scientist-Stellen der letzten fünf Jahre

Aus der intramuralen Förderung der o. g. Stellen hervorgegangene extramurale Förderungen und Publika- tionen (2018-2022).

(Bitte **keine** Erfolge aus FoRUM Projektförderungen aufführen!)

# Angaben zum Forschungsvorhaben

## Thema

Entspricht der Eintragung unter Forschungsvorhaben im Formblatt –Seite 1.

## 

## Kennwort

Aus dem Thema abgeleitete Kurzform für Schriftwechsel.

## Stand der Forschung und Vorarbeiten

* 1. **Plan und Ziele**

Ausführliche Beschreibung der geplanten, konkreten Ziele mit Zeitplan, die mit Förderung durch den Forschungs- preis erreicht werden sollen.

Welches persönliche Qualifikationsziel wird angestrebt? Welche Stellensituation besteht für den Antragsteller/die Antragstellerin nach der Freistellung?

## Zusammensetzung der Arbeitsgruppe

Mitarbeiter im Forschungsprogramm mit stichwortartiger Beschreibung der Aufgabengebiete.

## Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftler\*innen

* 1. **Wissenschaftliche Betreuung**

Zusage von zwei Mentor\*innen für die wissenschaftliche Betreuung des Forschungsvorhabens, hierbei Ausschrei- bungsvorgaben beachten. Bitte Mentoring-Zusage lt. Vorlage als Anlage beifügen (s. h.).

* + - Mentoring-Zusagen, siehe Anlage IV

# Angaben zur Qualifikation des Antragstellers/der Antragstellerin

## Publikationen des Antragstellers/der Antragstellerin

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl aller Publikationen**  (*ohne* Abstracts und Buchkapitel) | **Summe Impact-Faktoren**  (aktueller Wert lt. *Web of Science* bzw. EVALuna Biblio) |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anzahl an Originalarbeiten** | **Summe Impact-Faktoren**  (aktueller Wert lt. *Web of Science* bzw. EVALuna Biblio) |
|  |  |

* + 1. **Gesamtliste der Publikationen des Antragstellers/der Antragstellerin**

Gesamtliste bitte mit Angabe des Publikationstyps und des Impact Faktors. Format lt. Vorlage (s. h.)

* Publikationsliste, s. Anlage V

**4.2. Drittmittel (Gesamtliste des Antragstellers/der Antragstellerin)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fördermittelgeber**  (DFG, BMBF, EU, HFSP, Stif-  tungen, Industrie) | **Projekttitel** | **Förderbetrag (Euro)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Unterschrift

……………… ......................................………………

Datum Unterschrift Antragsteller\*in

# Anlagen

1. Lebenslauf
2. Bescheinigung Klinikleiter\*in
3. Bescheinigung Geschäftsführung
4. Mentoring-Zusagen
5. Publikationsliste
6. Lehrleistungen (nur für Advanced Clinician Scientist)

## Anhang I Lebenslauf

**Anhang II zum Antrag Clinician Scientist**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Clinician Scientist | ☐ | Female Clinician Scientist | ☐ | Advanced Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Kennwort** |  |

Hiermit wird bestätigt, dass o. g. Antragsteller\*in meiner Klinik/Abteilung bei Bewilligung einer FoRUM geförderten Stelle als Clinician Scientist entsprechend gewähltem Programm- Modul zur Durchführung des o. g. Forschungsprojektes von klinischen Verpflichtungen wie folgt freigestellt wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Umfang der Freistellung |  | % |
| Dauer der Freistellung |  | Jahre |

Bitte Eintragungen entsprechend den Ausschreibungskriterien des beantragten Programm-Moduls vornehmen.

Nach Abschluss des Forschungsjahres wird o. g. Antragsteller\*in in folgender Funktion wei- terbeschäftigt:

……………………………………………………………………………………………………………

Datum Unterschrift Stempel

## Anhang III zum Antrag Clinician Scientist

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Clinician Scientist | ☐ | Female Clinician Scientist | ☐ | Advanced Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Geschäftsführung**  Name / Klinik |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Kennwort** |  |

Hiermit wird bestätigt, dass die Beantragung einer Clinician Scientist-Stelle der o. Antragstel- lerin / des o. g. Antragstellers in unserer Klinik im beantragten Rahmen befürwortet wird.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Umfang der Freistellung |  | % |
| Dauer der Freistellung |  | Jahre |
| Beantragte Fördersumme |  | Euro |

Bitte Eintragungen entsprechend den Ausschreibungskriterien des beantragten Programm-Moduls vornehmen.

Datum Unterschrift Stempel

## Anhang IV zum Antrag Clinician Scientist

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ☐ | Clinician Scientist | ☐ | Female Clinician Scientist | ☐ | Advanced Clinician Scientist |

Bitte beantragtes Programm-Modul ankreuzen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Klinikleiter\*in**  Titel / Name / Klinik, Abteilung |  |
| **Forschungsvorhaben** |  |
| **Kennwort** |  |

Als Mentor\*innen für das o. g. Forschungsvorhaben fungieren:

(Ausschreibungskriterien beachten: „Allgemeine Voraussetzungen und Hinweise“)

**Mentor\*in I**

Eigener Vorschlag

Name:

Klinik / Abteilung:

Datum Unterschrift Stempel

**Mentor\*in II**

Eigener Vorschlag

Name:

Klinik / Abteilung:

Datum Unterschrift Stempel

## Anhang V zum Antrag Clinician Scientist Name:

**Publikationsliste**

Auflistung bitte chronologisch absteigend; ggf. Zeilen einfügen bzw. löschen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Publikation** | **Publikations- typ**  lt. *Web of Science* | **Impact Faktor**  Aktueller IF lt. *Web of Science* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## Anhang VI zum Antrag Clinician Scientist Name:

**Leistungen in der Lehre:**

**Checkliste – Antrag Clinician Scientist**

Bitte vor Einreichung des Antrags prüfen und unterzeichnet mit einreichen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **JA** | **NEIN** | **Nicht notwendig** |
| Verwendung der aktuellen Antragsvorlage (12.2023)  siehe [https://www.medizin.ruhr-uni-bochum.de/forschung/foerdermassnah-](https://www.medizin.ruhr-uni-bochum.de/forschung/foerdermassnahmen.html.de) [men.html.de](https://www.medizin.ruhr-uni-bochum.de/forschung/foerdermassnahmen.html.de) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Einzureichende Unterlagen:  Elektronisch inkl. aller Anlagen in einem Dokument per E-Mail (PDF; ***kein*** Scan-Dokument) A | ☐ | ☐ | ☐ |
| Abschlussberichte vorheriger Empfänger\*innen von Rotations-/Clinician Scientist-Stellen der Klinik liegen vor bzw. sind beigefügt | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ggf. Vorlage eines Ethikvotums für das geplante Projekt  (die alleinige Angabe einer Registriernummer ist nicht ausreichend) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Ggf. Vorlage einer Tierversuchsgenehmigung für das geplante Projekt (die alleinige Angabe einer Registriernummer ist nicht ausreichend) | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fristgerechte Einreichung aller Unterlagen | ☐ | ☐ | ☐ |

Datum Unterschrift Antragsteller\*in

Eine **vollständige,** ausschließlich elektronische Version (Antrag und Anlagen als **ein** PDF- Dokument), senden Sie bitte an [forum@rub.de.](mailto:forum@rub.de)

## Ansprechpartnerin:

Forschungsreferat der Medizinischen Fakultät Dr. Janin Rösner

E-Mail: [forum@rub.de](mailto:forum@rub.de) Tel.: 0234 32-185407

## Weitere Informationen zur FoRUM Forschungsförderung finden Sie unter:

<http://www.medizin.ruhr-uni-bochum.de/forschung/foerderung.html.de>