Antragsformular**: Clinician Scientist Qualification Fellowship**

*Bitte füllen Sie die rechte Seite der Tabelle aus (max. 1 Seite)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Antragsteller\*in** | [Vorname] [Nachname], [E‑Mail (persönlicher Zugriff)], [Telefonnummer] |
| **Universitäre Fachklinik des UK OWL oder kooperierende Fachklinik des HDZ** | [universitäre Fachklinik oder kooperierende Fachklinik des HDZ], [Klinikum/HDZ] |
| **Fachärztliche Weiterbildung[[1]](#footnote-1)**  *Hinweise zur Anrechenbarkeit - siehe Fußnote* | Bezeichnung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Beginn: [MM.JJJJ] (Voraussichtlicher) Abschluss: [MM.JJJJ] |
| **(Arbeits-)Titel des Promotionsvorhabens**  *deutsch und englisch* | [Deutscher Titel]  [Englischer Titel] |
| **Gewünschter Förderumfang**  *25-100% über 6-24 Monate*  *Start zwischen 01.03.2026 & 01.07.2026 möglich* | Freistellung im Umfang von: [##%] über [##] Monate  von: [MM.JJJJ]  bis: [MM.JJJJ] |
| **Beantragte Fördersumme**  *max. 45.000 € durch die Med. Fak. OWL* | Förderung Med. Fak. OWL: [##.###,##] €  Eigenanteil Klinik: [##.###,##] € |
| **Annahme als Promovierende\*r an der Med. Fak. OWL** | Ja, Annahme am [MM.JJJJ]  Nein, Annahme wurde beantragt, Rückmeldung steht noch aus  Nein, Annahme muss noch beantragt werden |
| **Betreuungspersonen der Promotion**  *Betreuungsteam bestehend aus mind. 2 Personen, weitere Informationen siehe § 6 der* [*Promotionsordnung*](https://verkuendungsblatt.uni-bielefeld.de/2/4/8/P000228070.pdf)*;*  *Leitung der universitären Fachklinik oder kooperierenden Fachklinik des HDZ bitte durch Unterstreichen kennzeichnen* | Betreuungsperson:  [Titel] [Vorname] [Nachname],  [Arbeitsgruppe/universitäre Fachklinik oder kooperierende Fachklinik des HDZ], [Klinikum/HDZ], [Funktion]  [Emailadresse]  Betreuungsperson:  [Titel] [Vorname] [Nachname],  [Arbeitsgruppe/universitäre Fachklinik oder kooperierende Fachklinik des HDZ], [Klinikum/HDZ], [Funktion]  [Emailadresse]  Ggf. weitere Betreuungspersonen nach obigem Muster: |
| **Leitung der Universitätsklinik oder kooperierenden Fachklinik des HDZ**  *Sofern nicht zugleich Betreuer\*in* | *Eintragung bitte nach obigem Muster* |
| **Zusatzangaben zum CV**  *z. B. Familienzeiten, Zeiten außergewöhnlicher Beeinträchtigungen und Belastungen* | Bitte berücksichtigen Sie für diesen Antrag die als Anlage miteingereichten [Zusatzangaben zum CV](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Zusatzangaben-CV.docx) |
| **Datum und Unterschrift** |  |

Mit Ihrer (digitalen) Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit Ihrer Angaben, erklären Ihre Zustimmung zu den [Richtlinien](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Richtlinien.pdf) und bestätigen die [Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/dokumente/2024-2-CSQF-Datenverarbeitung-Med-Fak.pdf) zur Kenntnis genommen zu haben. Mit Ihrem Antrag willigen Sie in die Verarbeitung der eingereichten personenbezogenen Daten ein. Die Daten werden zu Zwecken der Verwaltung der Antragstellung und im Bewilligungsfall für die Mittelverwaltung zu evaluativen und statistischen Auswertungszwecken sowie zur Weiterleitung an Gutachter\*innen, ggf. im Ausland, verarbeitet. Im Falle einer Bewilligung werden personen- und institutionsspezifische Adress- und Kommunikationsdaten (Name, Institution, Ort, Telefon, Email) sowie forschungsrelevante Angaben (z. B. Titel des Vorhabens, Zusammenfassung, Schlagwörter, fachliche Zuordnung, Förderzeitraum, berichtete Ergebnisse) veröffentlicht. Sie haben jederzeit das Recht, die erteilte Einwilligung zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird. Sollten Sie Ihre Einwilligung widerrufen, werden Ihre Unterlagen für weitere Verarbeitungen gesperrt bzw. ggf. gelöscht; Ihr Antrag wird für die Vergabe von Fördermitteln nicht mehr berücksichtigt.

*Wir freuen uns über Ihre Bewerbungen (deutsch oder englisch) bestehend aus dem ausgefüllten und unterschriebenen Antragsformular (max. 5 Seiten) und allen erforderlichen Anlagen als ein PDF-Dokument elektronisch übersandt an* [*csp.medizin@uni-bielefeld.de*](mailto:csp.medizin@uni-bielefeld.de) *(bitte informieren Sie auch die Forschungskoordination Ihrer Klinik über die Antragstellung). Bitte beachten Sie, dass Gefährdungen der Vertraulichkeit und der unbefugte Zugriff Dritter bei einer Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail nicht ausgeschlossen werden können. Der Text ist wie im Formular vorgegeben in der Schriftart „Arial“, Schriftgröße 11 zu verfassen. Die Gliederung und die Titel dürfen nicht verändert werden. Die kursiv geschriebenen erklärenden Texte dürfen entfernt werden.*

1. **Forschungsmotivation und Darlegung des Interesses an einer klinisch-wissenschaftlichen Karriere // Research Motivation and Statement of Interest in a Clinician Scientist Career**

*Darlegung einer engagierten Studienleistung / eines Engagements während des Studiums, der bisherigen wissenschaftlichen Erfahrungen und Darstellung des Interesses an der Fortsetzung der Forschungstätigkeit über das Promotionsvorhaben hinaus / an einer klinisch-wissenschaftlichen Karriere (z. B. weitere Forschungsprojekte, Anbahnung von Drittmittelförderung, Bewerbung um eine Teilnahme im CSP).*

*(max. 1 Seite)*

[TEXT]

1. **Promotionsvorhaben**
2. **Darstellung des Promotionsvorhabens**

*Das Promotionsvorhaben wird in der*[***Projektskizze Promotion Dr. med. Medizinische Fakultät OWL***](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-Projektskizze.docx) *dargestellt*  *(Die Projektskizze ist als Anlage dem Antrag beizufügen; an dieser Stelle sind keine weiteren Erläuterungen notwendig, es reicht der Verweis auf die Projektskizze)*

1. **Zusammenfassung**

*Bitte fügen Sie hier den Abstract aus der Projektskizze ein (max. ½ Seite)*

[TEXT]

1. **Passung und Relevanz des Vorhabens für das Forschungsprofil/die Forschungsschwerpunkte der Medizinischen Fakultät OWL // Description of the Doctoral Project and its Relevance to the Research Profile/Research Focus of the Medical School OWL**

*Darlegung der Passung und Relevanz des Vorhabens für das* [*Forschungsprofil*](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/forschung/profil/) */ die Forschungsschwerpunkte der Medizinischen Fakultät OWL.*

*(max. ½ Seite)*

[TEXT]

1. **Berücksichtigung von Geschlechts-/Gender- und Diversitätsaspekten // Consideration of Gender and Diversity Aspects**

*Bitte nehmen Sie zu den folgenden Fragen Stellung (falls anwendbar auf das beantragte Projekt): Gibt es eine Forschungslücke in Bezug auf Geschlechts-/Gender- und Diversitätsaspekte? Wird in den Forschungsfragen explizit auf Geschlecht/Gender und weitere Diversitätsdimensionen Bezug genommen und werden diese Aspekte differenziert betrachtet? Werden Erhebungsinstrumente und Methoden verwendet, die Geschlecht/Gender und Diversität angemessen erfassen können? Wenn Sie unsicher sind, könnte die* [*Checkliste der DFG*](https://www.dfg.de/resource/blob/174152/f546a4da69b6552edd76cc422667deee/checkliste-data.pdf) *zum Thema hilfreich sein.*

*(max. ½ Seite)*

[TEXT]

1. **Angaben zum Umgang mit Datenschutz und Informationssicherheit, forschungs- und berufsethischen sowie rechtlichen Grundsätzen // Information on the handling of data protection and information security, research and professional ethics and legal conditions**

*Bitte reflektieren Sie folgende Aspekte und skizzieren Sie kurz Ihr Vorgehen (max. ½ Seite) – sofern für Ihr Vorhaben relevant. Falls bereits entsprechende Dokumente und/oder Genehmigungen vorliegen, reichen Sie diese bitte mit ein.*

* *Datenschutz und Informationssicherheit: Angaben, wie Daten erfasst, gespeichert, verarbeitet und pseudonymisiert werden und welche Verantwortlichkeiten die kooperierenden Einrichtungen dabei übernehmen (siehe* [*Leitlinien zum Umgang mit Forschungsdaten*](https://www.dfg.de/resource/blob/172112/4ea861510ea369157afb499e96fb359a/leitlinien-forschungsdaten-data.pdf) *der DFG). Bitte wenden Sie sich bei Fragen an die\*den Datenschutzbeauftragte\*n Ihres Hauses. Bei weiteren Fragen zum Thema können Sie sich zudem an die* [*Datenschutz- und Informationssicherheitskoordination der Medizinischen Fakultät OWL*](mailto:datenschutz.medizin@uni-bielefeld.de) *wenden.*
* *Datenmanagement: Angaben, wie Daten archiviert, ausgewertet und veröffentlicht werden (siehe* [*Checkliste zum Umgang mit Forschungsdaten*](https://www.dfg.de/resource/blob/174732/3c6343eed2054edc0d184edff9786044/forschungsdaten-checkliste-de-data.pdf) *der DFG und* [*Forschungsdaten-Policy*](https://www.uni-bielefeld.de/ub/digital/forschungsdaten/policy/) *der Universität Bielefeld. Die Finanzierung eventueller IT-Anforderungen des Forschungsvorhabens ist bei der Antragstellung mit zu berücksichtigen. Es besteht die Möglichkeit der Beratung durch das* [*Servicezentrum Medical Data Science*](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/forschung/infrastruktur/medicaldatascience/))
* *Reflexion von forschungs- und berufsethischen Aspekten, Angaben über geplante oder bereits vorliegende Anträge und Genehmigungen*
* *Umgang mit Lebewesen und/oder Bioproben, Angaben zur vorliegenden Sachkunde, Angaben über geplante oder bereits vorliegende Anträge und Genehmigungen (Werden Tierversuche durchgeführt, muss die Sachkunde aller Personen, die an diesen beteiligt sind und Umgang mit lebenden Tieren haben, vor Beginn der Arbeiten vorliegen. Entsprechende Nachweise sind dem Referat Forschung & Karriereentwicklung ebenfalls unaufgefordert vorzulegen. Es besteht die Möglichkeit der Beratung zum Thema Tierversuchsanträge/-genehmigungen durch die* [*Tierschutzbeauftragten*](mailto:tierschutzbeauftragte@uni-bielefeld.de)*;* [*Weitere Informationen zum Tierschutz*](https://www.uni-bielefeld.de/forschung/support/forschung-mit-tieren/)*)*

*(insgesamt max. ½ Seite)*

[TEXT]

1. **Geplanter Kostenplan // Budget Plan**

*Angabe des geplanten Umfangs und Dauer der Freistellung und der daraus resultierenden benötigten Mittel. Bitte nehmen Sie zur Unterstützung der korrekten Kalkulation der beantragten Kosten im Vorfeld der Antragstellung Kontakt zur Personalabteilung Ihrer Klinik auf. Vor Beginn der Förderung ist die Einreichung eines finalen Kostenplans unter Beachtung der Förderhöchstsumme erforderlich. Hierfür wird nach Förderzusage ein gesondertes Formular bereitgestellt.*

*Bitte kennzeichnen Sie den Eigenanteil der Klinik in Bezug auf die Freistellung und ggf. entstehenden Sachmittelkosten.*

*Sachmittel werden durch die Med. Fak. OWL nicht erstattet.*

*(Max. ½ Seite)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Derzeitiger Beschäftigungsumfang in %** | | | | | | [## %] | | | | | | |
| **Mittel für die Freistellung***Max. 45.000 € durch Med. Fak. OWL* | | | | | | | | | | | | |
| Institution[[2]](#footnote-2) | | Lfd. Nr. | Funktion/Fachrichtung | Eingruppierung | Dauer (Monate) | | Geplanter Umfang geschützter Forschungs-zeit/ Freistellung  (in % eines Vollzeitäquivalents[[3]](#footnote-3)) | | AG-Monats-brutto[[4]](#footnote-4) (Vollzeitäquivalent in €) | | | Erforderlicher Betrag zur Finanzierung der Freistellung (€) |
| *[Krankenhausträger, Klinik]* | | *1* | *[Funktion/Fachrichtung]* | *[Tarif, Stufe]* | *[Monate]* | | *[## %]* | | *[## €]* | | | *[## €]* |
| **Ggf. Sachmittel finanziert aus dem Eigenanteil der Klinik** *z. B. Kosten für Verbrauchsmaterialien, Publikationen, Ethik-Anträge, Gerätenutzungspauschalen / Core Facility Services, Kongress-/Forschungsaufenthalte, Gebühren für Qualifizierungskurse, etc.* | | | | | | | | | | | | |
| Institution2 | Lfd. Nr.[[5]](#footnote-5) | | Bezeichnung Sachmittel | | | | | Preis /Stück € | | Anzahl | Betrag € | |
| *[Krankenhausträger, Klinik/AG]* | *2* | | *[Bezeichnung Sachmittel]* | | | | | *[## €]* | | *[##]* | *[## €]* | |
| *[Krankenhausträger, Klinik/AG]* | *3* | | *[Bezeichnung Sachmittel]* | | | | | *[## €]* | | *[##]* | *[## €]* | |

**Beizufügende Anlagen // Attachments to be included**

* **Literaturverzeichnis // References**

*Reichen Sie ein Verzeichnis der im Antrag zitierten Literatur im fachüblichen Standard ein. Beachten Sie, dass der Antrag auch ohne Lektüre der zitierten Literatur verständlich sein muss.*

* **CV Formular // CV form***Ausgefülltes* [*CV Formular*](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-CV-Vorlage.docx) *mit Fokus auf bisherige wissenschaftliche Erfahrungen und Leistungen (max. 4 Seiten). Wenn Sie die Berücksichtigung zusätzlicher Aufgaben und/oder außergewöhnlicher Belastungen wünschen, können Sie das Formular* [*Zusatzangaben-CV*](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Zusatzangaben-CV.docx) *nutzen und Ihrem CV anfügen.*
* **Zeugnisse // Credentials**

*v. a. Nachweis der ärztlichen Prüfung/ Zeugnis der Approbation sowie ggf. Äquivalenzbescheinigungen bei Abschlüssen aus dem Ausland*

* [**Projektskizze Promotion Dr. med. Medizinische Fakultät OWL**](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-Projektskizze.docx)
* [**Formular „Stellungnahme Betreuungsperson“**](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Stellungnahme-Betreuungsperson.docx)

*ausgefüllt und von einer Betreuungsperson unterzeichnet*

* [**Formular „Unterstützungszusage Klinik“**](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Unterstuetzungszusage-Klinik.docx)

*von der Leitung der universitären Fachklinik des UK OWL oder der kooperierenden Fachklinik des HDZ ausgefüllt und unterzeichnet*

* **Ggf.** [**Formular „Zusatzangaben-CV“**](https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/medizin/karriere/clinician-scientist/2025-1-CSQF-Zusatzangaben-CV.docx)

*Wenn Sie die Berücksichtigung zusätzlicher Aufgaben und/oder Familienzeiten sowie Zeiten außergewöhnlicher Beeinträchtigungen und Belastungen wünschen, können Sie das Formular nutzen und Ihrer Bewerbung anfügen.*

1. *Hinweise zur Anrechenbarkeit auf die fachärztliche Weiterbildung: Falls Sie eine Anrechnung der geförderten Forschungszeit auf Ihre fachärztliche Weiterbildung anstreben, ist eine frühzeitige Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer Westfalen-Lippe erforderlich. Für weitere Informationen wenden Sie sich an das Referat Forschung & Karriereentwicklung (*[*csp.medizin@uni-bielefeld.de*](mailto:csp.medizin@uni-bielefeld.de)*).* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Nennung* *der Institution, an der die Kosten entstehen/ Mittel verbraucht werden:* *Krankenhausträger und universitären Fachklinik/ kooperierende Fachklinik des HDZ oder AG der Universität Bielefeld* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Bei Teilzeitbeschäftigung entsprechend Prozentsatz der Freistellung einer 100% Stelle, z. B. 40% bei geplanten 16 Stunden einer 40 Stundenwoche, auch wenn eine Beschäftigung im Umfang von weniger als 40 Stunden besteht.* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Das Arbeitgeber-Monatsbrutto liegt i. d. R. 25% über dem Arbeitnehmer-Monatsbrutto (*[*TV-Ä Monatsgehälter*](https://oeffentlicher-dienst.info/c/t/rechner/aerzte/kommunal?id=tv-aerzte-vka-2021&matrix=1)*)* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Bei Bedarf können weitere Zeilen eingefügt werden.* [↑](#footnote-ref-5)