**Antrag für ein BIH Clinical Fellowship 2019  
| Application for BIH Clinical Fellowship 2019**

*Allgemeine Hinweise:*

* *Bitte beachten Sie alle Anforderungen und Bestimmungen des Programms, wie Sie sie auf den Internetseiten der Stiftung Charité in der jeweiligen Programminformation veröffentlicht worden sind.*
* *Sie können den Antrag entweder in deutscher oder englischer Sprache stellen. Bitte verwenden Sie die Sprache jedoch einheitlich.*
* *Bitte beachten Sie die mit der Programminformation veröffentlichte Antragsfrist. Sobald Sie Ihren Antrag eingereicht haben, können Sie ihn nicht mehr modifizieren oder durch eine überarbeitete Version ersetzen.*
* *Bitte reichen Sie Ihren Antrag wie folgt ein:*

1. *Bitte senden Sie uns das elektronisch ausgefüllte Antragsformular als Word-Dokument (nicht umgewandelt in einen anderen Dateityp) sowie alle am Ende des Antragsformulars geforderten Anlagen in einer gebündelten PDF-Datei (maximal 5 Gigabyte) mit einer einzelnen E-Mail an:* [*stiftung.charite@charite.de*](mailto:stiftung.charite@charite.de)*.*
2. *Bitte senden Sie alle Antragsunterlagen zusätzlich im Original und unter­schrieben per Post an: Stiftung Charité, Karlplatz 7, 10117 Berlin.*

*| General information:*

* *Please take into account all requirements and regulations of the program as listed in the program information available online.*
* *Please submit the application either in German or English language. Please use German or English consistently.*
* *Please pay attention to the application deadline mentioned in the program information online. Once you have submitted your application, it is no longer possible to make modifications or send a revised version.*
* *Please submit your application as follows:*

1. *Please send the electronically completed application form as a Word document (not converted to another file type) as well as the attachments required at the end of the form in a compiled PDF file (max. 5 gigabytes) by one single e-mail to:* [*stiftung.charite@charite.de*](mailto:stiftung.charite@charite.de)*.*
2. *Additionally, please send all documents in the original and with signatures to: Stiftung Charité, Karlplatz 7, 10117 Berlin, Germany.*
3. **Antragsteller/in / Fellow (=Bewilligungsempfänger/in) | Applicant (=funded institution)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  | surname |  | | | | Vorname  | first name |  |
| Geschlecht  | gender |  | männlich  | male |  | weiblich  | female | Akad. Grad  | acad. degree |  |
| Institution  | institution |  | | | | | |
| Abteilung/Klinik  | department/clinic |  | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | |  |
| PLZ, Ort  | postal code, city |  | |  | | | |
| E-Mail  | e-mail |  | | | | Telefon  | phone |  |

1. **Zuständige/r Klinikleiter/in | Responsible director of clinic/department**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  | surname |  | | | | Vorname  | first name |  |
| Geschlecht  | gender |  | männlich  | male |  | weiblich  | female | Akad. Grad  | acad. degree |  |
| Institution  | institution |  | | | | | |
| Abteilung/Klinik  | department/clinic |  | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | |  |
| PLZ, Ort  | postal code, city |  | |  | | | |
| E-Mail  | e-mail |  | | | | Telefon  | phone |  |

1. **Zuständige/r Centrumsleiter/in | Responsible director of CharitéCenter**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  | surname |  | | | | Vorname  | first name |  |
| Geschlecht  | gender |  | männlich  | male |  | weiblich  | female | Akad. Grad  | acad. degree |  |
| Institution  | institution |  | | | | | |
| Abteilung/Klinik  | department/clinic |  | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | |  |
| PLZ, Ort  | postal code, city |  | |  | | | |
| E-Mail  | e-mail |  | | | | Telefon  | phone |  |

1. **Bisherige Beschäftigungszeiten der Antragstellerin als Oberärztin / des Antragstellers als Oberarzt | Periods of employment of the applicant as senior physician**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von (Monat/Jahr)  | from (month/year) | bis (Monat/Jahr)  | until (month/year) | Beschäftigung als Oberärztin/-arzt (Ent­geltgruppe Ä3 o. Ä4 des gültigen Tarif­vertrags) | employment as senior physician (salary group Ä3 or Ä4 of the current collective labour agreement) | Beschäftigung in Vertretung bzw. als Funktionsoberärztin/-arzt | Employment in lieu of a senior physician / as acting senior physician |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Titel des wissenschaftlichen Vorhabens | Title of scientific project**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wissenschaftliche Arbeitsrichtung des Forschungsvorhabens | Field of research**Bitte Fachgebiet und Fach gemäß [Fachsystematik der Deutschen Forschungsgemeinschaft](http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/fachkollegien/amtsperiode_2016_2019/fachsystematik_2016-2019_de_grafik.pdf) angeben. | Please specitfy the field of research of the project according to the [subject areas index of the German Research Foundation (DFG)](http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/gremien/fachkollegien/amtsperiode_2016_2019/fachsystematik_2016-2019_de_grafik.pdf).

|  |
| --- |
| 000-00 |

1. **Beantragte Art der Förderung (Mehrfachauswahl möglich)   
   | Applied type of funding (multiple selection possible)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wissensaneignung/eigene Weiterbildungen** (z. B. Besuch von gezielten klinisch-wissenschaftlichen Weiterbildungsangeboten, systematische Teilnahme an akademischen Veranstaltungen oder Maßnahmen zum *training on the job*)  | knowledge acquisition / one’s own further education (e.g. attendance of specialized scientific or clinical further education programs, systematic participation in academic events or training on the job measures) |  |
| **Wissensaustausch** mit anderen universitäts­medizinischen Standorten oder relevanten Akteuren des Wissenschafts- und Gesundheitssystems im In- und Ausland (z. B. Hospitationen oder andere Transferprojekte)  | knowledge exchange with other university medicine locations or relevant actors in Germany and abroad (e.g. sitting in on lectures or knowledge transfer projects) |  |
| **Wissensvermittlung** (z. B. Angebot von akademischen Lehrveranstaltungen oder neuartigen Bildungsformaten, Informationsveranstaltungen für eine breitere Öffentlichkeit, innovative Publikationsprojekte, soweit sie deutlich über die reine Veröffentlichung von wissenschaftlichen Ergebnissen hinausgehen)  | knowledge transfer (e.g. university courses and lectures or new education formats, information events for the wider public, innovative dissemination projects provided that they exceed the conventional publication of scientific results) |  |
| **Forschungsprojekte**, sofern sie einen sehr deutlichen klinischen Anwendungsbezug haben und zudem von Maßnahmen in den obigen Bereichen der eigenen Weiterbildung, des Wissensaustausches oder der Wissensvermittlung flankiert werden (bitte ebenfalls auswählen)  | academic projects as long as they are strongly application-oriented and accompanied by above mentioned measures of knowledge acquisition, knowledge exchange, or knowledge transfer (please also select) |  |

1. **Beantragte Dauer der Förderung | Applied funding period**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| von | from |  | bis | until |  |

1. **Zusammenfassung des Vorhabens (max. 1.800 Zeichen)  
   | Project abstract (no more than 1,800 characters)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Mit der Umsetzung des Projekts werden folgende Zwecke gefördert:**

**| The following charitable purposes will be supported by this project:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wissenschaft und Forschung | Science and research |  | ja | yes |  | nein | no |
| Bildung | Education |  | ja | yes |  | nein | no |
| Öffentliches Gesundheitswesen und öffentliche Gesundheitspflege | Public health system and public healthcare |  | ja | yes |  | nein | no |

1. **Beantragte Fördermittel (in Euro) | Applied funding (in EUR)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Eigenmittel\*  | own resources\* | Fremdmittel\*  | other third-party  funding\* | Beantragte Mittel bei Stiftung Charité | requested funding from Stiftung Charité |
| Personalausgaben  | personnel costs | für eigene Freistellung & Einstellung v. klinischem Vertretungspersonal) | for own leave & financing clinical personnel as a substitute |  |  |  |
| für Einstellung von wissenschaftlichem bzw. technischem Personal | for employment of scientific and technical personnel |  |  |  |
| Sachausgaben  | material expenses / consumable costs | |  |  |  |
| Gesamt  | total | |  |  |  |

\* Bitte in der einzureichenden Anlage 3 (siehe unten) erläutern. | Please explain in attachment 3 (see below).

1. **Einzureichende Anlagen | Documents to be submitted**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Anlage 1  | Attachment 1 | Angaben zu den klinischen und wissenschaftlichen Qualifikationen und Erfahrungen   * Curriculum Vitae * Publikationsliste   | Information about clinical and academic qualifications and experiences   * Curriculum Vitae * List of publications |  |
| Anlage 2  | Attachment 2 | Darlegung des eigenen ärztlichen Verantwortungsbereichs in der jeweiligen Klinik und eigener Schwerpunkte in der Patientenversorgung während der letzten fünf Jahre (max. 2 Seiten, Schriftart Arial, Schriftgröße 12)  | Description of own medical responsibilities in relevant clinic/department and focus areas in medical care during the last five years (max. 2 pages, font size 12, Arial) |  |
| Anlage 3  | Attachment 3 | Darstellung des wissenschaftlichen Vorhabens  (max. 5 Seiten, Schriftart Arial, Schriftgröße 12):  • Anlass, Inhalte und Ziel des Vorhabens in den Bereichen Forschung, Lehre, Transfer und/oder Weiterbildung  • Mehrwert des Vorhabens für die eigene ärztliche Tätigkeit im jeweiligen klinischen Kontext  • Zeitplan  • genaue Kostenkalkulation  | Description of the proposed project (max. 5 pages, font size 12, Arial)   * Motive, content, and objective of planned project in the area of research, teaching, transfer, and/or training * Expected benefit of project to the own medical work in the respective clinical context * Schedule * Detailed budget |  |

1. **Erklärungen und Verpflichtungen | Declarations and Commitments**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| a) | Wurde ein Antrag auf Förderung des vorgelegten Projektes bereits an anderer Stelle eingereicht?   | Are you applying for funding for this project anywhere else? |  | ja | yes |  | nein | no |
|  | Wenn ja, wo und wann wurde dieser eingereicht? | If so, where and when did you apply? | | | | |
|  | Sollte ich nach Antragstellung bei der Stiftung Charité einen dasselbe Projekt betreffenden Antrag anderweitig einreichen, werde ich die Stiftung unverzüglich unterrichten. | I will inform Stiftung Charité immediately, if I apply for funding for the same project elsewhere. | | | | |

1. Die forschungsorientierten Gleichstellungsstandards meiner Einrichtung werden bei diesem Projekt angewandt. | Research-Oriented Standards on Gender Equality of my home institution are being applied.
2. Die [Regeln zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft](http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/download/empfehlung_wiss_praxis_0198.pdf) und die ethischen Prinzipien des Rahmenprogramms der Europäischen Union für Forschung und Innovation (Horizon 2020) einschließlich des [European Code of Conduct for Research Integrity](http://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf) werden eingehalten. | [The Rules of Safeguarding Good Scientific Practice](http://www.dfg.de/download/pdf/dfg_im_profil/reden_stellungnahmen/download/empfehlung_wiss_praxis_1310.pdf) of the German Research Foundation (DFG) and the ethical principles of the EU Framework Programme for Research and Innovation including the [European Code of Conduct for Research Integrity](http://www.allea.org/wp-content/uploads/2017/05/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017.pdf) are strictly adhered to.
3. Mit Einreichen des Antrages bestätige ich, dass ich die [Bewilligungsgrundsätze der Stiftung Charité](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite/Presse/Bewilligungsgrundsaetze_Stiftung_Charite.pdf) gelesen und akzeptiert sowie die [Datenschutzhinweise](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite/Foerderung/Antragsformulare/Datenschutzhinweis_CF.pdf) zur Kenntnis genommen habe. | By submitting this application I confirm that I have read and accepted the funding principles ([Bewilligungsgrundsätze) and took note of data protection information (Datenschutzhinweise) of Stiftung Charité](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite/Foerderung/Antragsformulare/Datenschutzhinweis_CF.pdf).
4. Die Stiftung Charité ist berechtigt, im Fall der Förderung öffentlichkeitswirksam auf mein Projekt unter Nennung meines Namens, Vornamens, Akademischen Grads, Institution, Abteilung und Bezeichnung/Inhalts des geplanten Projekts hinzuweisen und das Projektergebnis öffentlich darzustellen (z.B. durch Veröffentlichungen oder durch Einstellung ins Internet). | Stiftung Charité is entitled to publish a positive decision on my application giving my surname, first name, academic degree, institution, department, and title/outline as well as the result of the project (e.g. publications, website).
5. **Verpflichtung der zuständigen Klinikleitung und CharitéCentrumsleitung:** Die o.g. zuständige Klinikleitung und CharitéCentrumleitung unterstützen diesen Antrag und sagen verbindlich zu, dass die in dem Centrum bzw. der Klinik beschäftigte Antragstellerin / der in dem Centrum bzw. der Klinik beschäftigte Antragsteller im Fall der Förderung von klinischen Verpflichtungen in dem hier beantragten Zeitraum und Umfang freigestellt wird, sodass sie oder er das beantragte Vorhaben durchführen kann. | Commitment of the responsible director of clinic/department and director of CharitéCenter: The responsible director of clinic/department and the responsible director of CharitéCenter as they are mentioned above hereby support this application and give a formal commitment that they guarantee the substitution of the applicant being employed in his or her clinic/department and his or her CharitéCenter in the period and to the extent applied so that applicant will be able to conduct the project in case that it will be funded.
6. **Unterschriften | Signatures**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Place, date       , | Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers  | Signature of the applicant |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Place, date       , | Unterschrift der zuständigen Klinikleitung   | Signature of the responsible director of clinic/department |

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Place, date       , | Unterschrift der zuständigen CharitéCentrumsleitung  | Signature of the responsible director of CharitéCenter |