**Antrag für ein Clinical Fellowship 2023  
| Application for A Clinical Fellowship 2023**

*Allgemeine Hinweise:*

* *Bitte beachten Sie alle Anforderungen und Bestimmungen des Programms, wie 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 MB) mit einer einzelnen E-Mail an:* [*application@stiftung-charite.de*](mailto:application@stiftung-charite.de)*.*
2. *Bitte senden Sie alle Antragsunterlagen zusätzlich im Original und unter­schrieben per Post an: Stiftung Charité, Karlplatz 7, 10117 Berlin (ACHTUNG: neue Anschrift ab dem 5. Juli 2023: Stiftung Charité, Novalisstraße 10, 10115 Berlin). Sofern die Möglichkeit einer zertifizierten digitalen Signatur besteht, kann das Antragsformular auch als zusätzliches PDF digital signiert eingereicht werden. In diesem Fall entfällt der sonst notwendige Versand des Papieroriginals.*

*| 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 in either German or English. Please use German or English consistently.*
* *Please note the application deadline published 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 file (not converted to another file type), together with the attachments specified at the end of the form in a compiled PDF file (max. 5 MB) by one single e-mail to:* [*application@stiftung-charite.de*](mailto:application@stiftung-charite.de)*.*
2. *Additionally, please send all originals, signed, by mail to: Stiftung Charité, Karlplatz 7, 10117 Berlin, Germany (NOTE: new address as of July 5, 2023: Stiftung Charité, Novalisstrasse 10, 10115 Berlin, Germany). If a certified digital signature is available, the application form can also be submitted digitally signed as an additional PDF. In this case, the otherwise necessary dispatch of the paper original is omitted.*
3. **Antragsteller/in / Fellow (=Bewilligungsempfänger/in) | Applicant (=funded institution)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  | surname | |  | | | | Vorname  | first name | | |  |
| Geschlecht  | gender |  | | männlich  | male |  | weiblich  | female | | Akad. Grad  | acad. title |  | |
|  |  | | divers  | non-binary |  | keine Angabe  | prefer not to say | |  |  | |
| Institution  | institution |  | | | | | | | | |
| Abteilung  | department |  | | | | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | | | |  | |
| PLZ, Ort  | postcode, 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. title |  | |
|  |  | | divers  | non-binary |  | keine Angabe  | prefer not to say | |  |  | |
| Institution  | institution |  | | | | | | | | |
| Abteilung  | department |  | | | | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | | | |  | |
| PLZ, Ort  | postcode, 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. title |  | |
|  |  | | divers  | non-binary |  | keine Angabe  | prefer not to say | |  |  | |
| Institution  | institution |  | | | | | | | | |
| Abteilung  | department |  | | | | | | | | |
| Position  | position |  | | | | | | | | |
| Straße, Nr.  | street, no. |  | | | | | | |  | |
| PLZ, Ort  | postcode, 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 | employment as senior | Beschäftigung in Vertretung bzw. als Funktionsoberärztin/-arzt | Employment in lieu of a senior physician / as acting senior physician |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Umfang der aktuellen Beschäftigung als Oberärztin / Oberarzt | Volume of current employment as a senior physician**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ### % eines Vollzeitäquivalents (bei Vollzeit entsprechend: 100 %)  | ### % of a full-time equivalent (full-time corresponding to 100 %.) | **davon:** ### % einer Vollzeitstelle für ärztliche Aufgaben  | **of which** ### % of a full-time equivalent for medical duties | **davon:** ### % einer Vollzeitstelle für wissenschaftliche Aufgaben  | **of which** ### % of a full-time equivalent for scientific duties |
| % | % | % |

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

|  |
| --- |
|  |

1. **Wissenschaftliche Arbeitsrichtung des Forschungsvorhabens | Field of research**

Hinweis: Bitte geben Sie das Fachgebiet und das Fach gemäß [Fachsystematik der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)](http://www.dfg.de/dfg_profil/gremien/fachkollegien/faecher/index.jsp) an. | NB: Please specify the corresponding scientific subject area of the project as defined by [the German Research Foundation (DFG)](http://www.dfg.de/en/dfg_profile/statutory_bodies/review_boards/subject_areas/index.jsp).

|  |
| --- |
| 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 | to |  |

1. **Zusammenfassung des Vorhabens (max. 1.800 Zeichen)  
   | Project summary (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 | funding requested from Stiftung Charité |
| Personalausgaben  | personnel costs | Bei Vollzeitbeschäftigung: für eigene Freistellung der Antragstellerin / des Antragstellers durch zusätzliche Beschäftigung ärztlichen Vertretungspersonals | In case of full-time employment: for the Fellow‘s own release through financing of clinical replacement personnel |  |  |  |
| Bei Teilzeitbeschäftigung: zur Aufstockung der eigenen Stelle der Antragstellerin / des Antragstellers um maximal 25 Prozent eines Vollzeitäquivalents  | In case of part-time employment: for filling-up the Fellow’s own position by up to 25 percent of a full-time equivalent |  |  |  |
| für die Einstellung wissenschaftlichen und/oder technischen Personals zur Durchführung des Vorhabens | for hiring scientific and/or technical personnel to pursue the project |  |  |  |
| Sachausgaben  | materials / consumables (incl. e.g. travel 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 * Sofern vorhanden und für die Antragstellung relevant, Liste der nach eigener Einschätzung maximal 5 wichtigsten eigenen Publikationen für das Vorhaben; es darf keine komplette Publikationsliste eingereicht werden.   | Information about clinical and academic qualifications and experiences   * Curriculum Vitae * If existing and relevant to the application, list of five max. own publications that are, in own estimation, most important for the project; no complete list of publications may be submitted. |  |
| 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 bzw. ein sehr ähnliches Projekt betreffenden Antrag anderweitig einreichen, werde ich die Stiftung unverzüglich unterrichten. Hinweis: Dies wird Ihre Chancen auf eine Finanzierung nicht zwingend mindern. | I will inform Stiftung Charité immediately when applying for funding for the same or a very similar project elsewhere. NB: This will not necessarily diminish your chances for funding. | | | | |

1. Ich habe die [Bewilligungsgrundsätze](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite_relaunch/Bewilligungsgrundsaetze_Stiftung_Charite.pdf) der Stiftung Charité sowie die jeweils gültige Programminformation des Programms, auf das sich mein Antrag bezieht, gelesen und akzeptiere sie als rechtsverbindliche Grundlagen für eine etwaige Förderung meines Antrags. Außerdem erkenne ich die [Standards zur Durchführung von geförderten Vorhaben](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite/Foerderung/Antragsformulare/Standards_StC_FINAL.pdf) der Stiftung Charité an. Die [Datenschutzhinweise](https://www.stiftung-charite.de/fileadmin/user_upload/stiftungcharite_relaunch/Datenschutzhinweis.pdf) der Stiftung Charité habe ich zur Kenntnis genommen. | I have read Stiftung Charité’s grant conditions as well as the program information of the program to which my application refers and accept them as the legally binding basis for any funding of my application. Furthermore, I acknowledge Stiftung Charité's standards for the realization of funded projects. I have taken note of the data protection information provided.
2. Die Stiftung Charité ist berechtigt, im Fall der Förderung öffentlichkeitswirksam auf mein Projekt unter Nennung meines Namens, Vornamens, akademischen Grads, meiner Institution und Abteilung sowie der Bezeichnung und des Inhalts des geplanten Projekts hinzuweisen und das Projektergebnis öffentlich darzustellen (z.B. durch Veröffentlichungen oder durch Einstellung ins Internet). | In the case of funding, Stiftung Charité is entitled to publicize our project including our names, academic titles, affiliations as well as the project title and any information about it (e.g. by posting on the Internet).
3. **Verpflichtung der zuständigen Klinikleitung und CharitéCentrumsleitung:** Die o.g. zuständige Klinikleitung und CharitéCentrumsleitung 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 und die beantragten Mittel wie unter Punkt 12 angegeben in der Klinik bzw. in dem Centrum verwendet werden. | Commitment of the responsible clinic/department director and CharitéCenter director: The responsible clinic/department director and the responsible CharitéCenter director mentioned above hereby support this application and give a formal commitment that, in case of a positive funding decision, they guarantee the applicant to be released from clinical duties during the period and to the extent applied for to pursue his/her project. They also guarantee that the funds applied for will be used in the clinic or center as referred to in point 12.
4. **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 |