Dieser Bericht umfasst den MCSP-Gesamtförderzeitraum, also drei Jahre.

Hinweise (in blau) vor Berichtabgabe bitte löschen.

**Clinician Scientist**

Name: Titel Vor- und Nachname, Email: xxx, Telefon: xxx

Heimateinrichtung: xxx

Position/Funktion: xxx

Aufnehmende Einrichtung: xxx löschen, falls nicht zutreffend

Familienstand: xxx, Anzahl an Kindern im Haushalt: xxx

MCSP-Fördertrack: Metiphys / FöFoLe+ / PRIME / Advanced CS / Assoziierte Programme (Name des Programmes)

MCSP-Förderperiode: MM/JJJJ vom Beginn der Förderperiode lt. Ausschreibung

**Forschungsprojekt**

Projekttitel: Text

Arbeitsgruppe: Name der Einrichtung, Titel Vor- und Nachname der AG-Leitung

Ausgangsfrage/n und Zielsetzung: Text

# Arbeits- und Ergebnisbericht: max. 2 Seiten. Beschreibung der durchgeführten Arbeiten und der erzielten Ergebnisse, Abweichungen von der ursprünglichen Projektplanung, ggfls. Darstellung wissenschaftlicher Fehlschläge oder von Problemen in der Projektorganisation sowie technischen Durchführung

# Diskussion der Ergebnisse: max. 1 Seite, mit Blick auf den aktuellen Forschungsstand, Erfahrungen zu den angewandten Methoden, mögliche klinische Anwendungsperspektiven und wirtschaftliche Verwertung wie z.B. Patente, Industriekooperationen

Beitrag zu den Ergebnissen: Beitrag von Kooperationspartnern oder Projektmitarbeitern

# Denkbare Ansätze für weiterführende Projekte: Text

# Anschlussfinanzierung: Verweis auf nachfolgendes Verzeichnis und/oder Anführung von noch geplanten Aktivitäten (Fahrplan, Status, Angabe Förderinstitution)

Präsentation und Publikation der Ergebnisse: Verweis auf nachfolgendes Verzeichnis der Publikationen und Konferenzbeiträge und/oder Anführung von noch geplanten Aktivitäten (Fahrplan, Angabe Journal/Kongress)

**Zeiten und Aufgaben in Klinik und Forschung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JJJJ/MM-MM | % Klinik | % Forschung | Aufgaben/Aktivitäten  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Resümee: kurze Darstellung von Änderungen bzw. aufgetretener Probleme/Umstände und umgesetzter Gegenmaßnahmen bei der wiss. Tätigkeit / dem gewählten Freistellungsmodell, der Vereinbarkeit von Klinik und Forschung, oder in der klinischen Weiterentwicklung.

**Qualifizierungsprogramm**

* Bausteine des verpflichtenden MCSP-Mantelcurriculums: siehe <https://www.med.uni-muenchen.de/karriere/mcsp/programm>
* Soll: 120 Stunden insgesamt bzw. ca. 40 Stunden pro Jahr, individuell geplant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Datum | Umfang in Stunden | Name der Veranstaltung | Relevanz FA-Weiterbildung |
|  |
| Klinische Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |
|  |
| Wissenschaftliche Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |
|  |
| Persönliche Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |

**Wissenschaftlicher und klinischer Werdegang**

Unterbrechungen während Programmlaufzeit

MM/JJJJ-MM/JJJJ Elternzeit/Mutterschutz, längere Krankheit, ...

Wissenschaftlicher Karriereweg

Statusänderung / Status unverändert (Facharztweiterbildung/Facharzt/Habilitation/Professur seit MM/JJJJ bzw. eingereicht/geplant im MM/JJJJ)

Weiterbildung (abgeschlossen / begonnen im MM/JJJJ)

Forschungsaufenthalt für xxxx (MM/JJJJ-MM/JJJJ)

Klinischer Karriereweg

Statusänderung / Status unverändert (Ass.-/Fach-/Oberarzt/Leitungsfunktion seit MM/JJJJ)

Stipendien und Auszeichnungen

JJJJ Name des Preises oder Stipendiums, Förderorganisation, Höhe/Art der Förderung

Sonstiges

Mitgliedschaften, Funktion in wiss. Gremien, Gutachtertätigkeit, Herausgeberschaft, Lehrleistungen,
(Mit-)Betreuung von wiss. Nachwuchs (Angabe der Anzahl der Diplome, Promotionen, Habilitationen), Leitlinienentwicklung, ...

Publikationen

* Bezug zum geförderten Projekt mit einem „x“ in der Spalte „MCSP“ kennzeichnen.
* Aufzählung aller Autoren, mit Markierung der eigenen Person (Fettschrift)
* Angabe der Journal-Impact-Faktors des Erscheinungsjahres (eine Dezimale)
* Angabe der Rolle: E = Erstautor, L = Letztautor, C = Coautor
* Vorab-Online-Publikationen (epub ahead of print) können mit einem entsprechenden Hinweis angeführt werden. Für endgültig angenommene, noch nicht online erschienene Publikationen, ist ein datierter Beleg über die Annahme beizulegen.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MCSP | Originalpublikationen | Jahr | Rolle | JIF |
| x | **Bader P**, Esser R, Bönig H, Koehl, Klingebiel T. Rapid immune recovery and low TRM in haploidentical stem cell transplantation in children using CD3/CD19-depleted stem cells.Best Pract Res Clin Haematol 2015; 24:331 | 2015 | E | 2,1 |
|  | xx |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MCSP | Overviews, Reviews und ggf. Comments, Letters | Jahr | Rolle | JIF |
|  | xx |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MCSP | Publications in revision or in press | Jahr | Rolle | JIF |
|  | xx |  |  |  |

Konferenzbeiträge

* Bezug zum geförderten Projekt mit einem „x“ in der Spalte „MCSP“ kennzeichnen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MCSP | Poster- oder Vortragstitel | Jahr | Veranstaltungsname, Ort |
|  | xx |  |  |
|  | xx |  |  |

Drittmitteleinwerbung

* Bezug zum geförderten Projekt mit einem „x“ in der Spalte „MCSP“ kennzeichnen.
* Auch abgelehnte Anträge sind anzuführen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MCSP | Drittmittelgeber | Antragsrolle | Status | Titel  | Laufzeit | Fördersumme |
|  | Institution, Förderlinie | Mitantrag- steller / Hauptantrag-steller  | beantragt / bewilligt / abgelehnt | Titel  | MM/JJJJ-MM/JJJJ | € für Geräte, € für Verbrauchsmittel, € für Personalmittel  |

Patente

Beschreibung, Datum

Öffentlichkeitsarbeit

Medium, Datum (Link/Anhang zu Artikel/Presseausschnitt)

**Betreuungskomitee**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name | Kontakthäufigkeit | Anzahl schriftlich dokumentierter Feedback-Gespräche |
| Klinische/r Supervisor/in | Titel, Vor- und Nachname, Name der Einrichtung |  |  |
| Wissenschaftl. Supervisor/in |  |  |  |
| Persönliche/r Mentor/in |  |  |  |

Empfehlungen bzgl. weiterer Karriereschritte (lt. Abschluss-/Perspektivengespräch):

* Text

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

Ort, Datum MCSP-Geförderte/r

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

Ort, Datum Vorgesetze/r

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

Ort, Datum Wissenschaftliche/r Supervisor/in

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

Ort, Datum Klinische/r Supervisor/in

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

Ort, Datum Persönliche/r Mentor/in

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

Ort, Datum MCSP-Advisor

Ggfls. Unterschriftzeile/n löschen – oder - ergänzen:

* Vorgesetzten (falls zugleich Supervisor/Mentor)
* Persönliche/r Mentor/in (falls nicht vorhanden)
* MCSP-Advisor (falls nicht zugewiesen)