Hinweise (in blau) vor Berichtabgabe bitte löschen.

Diese Zielvereinbarung dient der Strukturierung und Planung des MCSP Assoziierte Programme (Name des Programms) mit Beginn zur Förderperiode am TT.MM.JJJJ und wird für einen Gesamtförderzeitraum von 36 Monaten abgeschlossen zwischen:

* Clinician Scientist: Titel Vor- und Nachname,
Einrichtung: Name,
Aufnehmende Einrichtung: Name bzw. löschen, falls nicht zutreffend,
Email: xxxx
* Vorgesetzte/r: Titel Vor- und Nachname,
Einrichtung: Name,
Email: xxxx
* Wissenschaftliche/r Supervisor/in: Titel Vor- und Nachname,
Einrichtung: Name,
Email: xxxx
* Klinische/r Supervisor/in: Titel Vor- und Nachname,
Einrichtung: Name,
Email: xxxx
* Persönliche/r Mentor/in: Titel Vor- und Nachname,
Einrichtung: Name,
Email: xxxx

Zeile/n vom Persönlichen Mentor löschen, falls nicht vorhanden.

Bei Doppelfunktion ggfls. die Überschrift des Vorgesetzen/Supervisors/Mentors (z.B. „Vorgesetzte/r + Wissenschaftliche/r Supervisor/in“) ergänzen.

**Eckdaten zum Forschungsprojekt**

Projekttitel: Text

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

Fachgebiet/e: Text

Einordnung: Grundlagenforschung - oder (nicht-zutreffendes löschen) - Experimentelle/Interventionelle klinische Studie mit/ohne Patientenbezug - oder - Epidemiologische Forschung

Zusammenfassung: Text (max. ½ Seite)

|  |  |
| --- | --- |
| Meilensteine | JJJJ/Quartal |
|  |  |
|  |  |

**Wissenschaftliche Ergebnisse und Ziele**

Geplante Präsentation und Publikation der Ergebnisse:

Text

u.a. Fahrplan, Angabe der Journale/Kongresse

Geplante Drittmittelakquise:

Text

u.a. Fahrplan, Angabe der Förderinstitution, Bausteine/Ressourcen

**Zeit- und Aufgabenplanung in Klinik und Forschung**

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

Organisatorische Umsetzung der geschützten Forschungszeit:

Text

* Planung in Bezug auf Kompensationsstelle (z.B. Tandem, Neueinstellung, Umbuchung, ...)
* Aufteilung von Klinik und Forschung (z.B. am Stück oder alternierend halbtags, ganztägig, in Wochen-/Monatsblöcken oder andere Regelung)
* Besonderer Regelungen (z.B. Möglichkeit von Nacht-/Wochenenddienste einbinden oder ausschließen)

**Karriereentwicklung**

Ziele klinische Karriere:

Text

u.a. angestrebte Facharztqualifikation (Fachbereich, geplanter Abschluss im MM/JJJJ), angestrebte Zusatzqualifikationen, angestrebte Mitgliedschaften / Funktionen, Perspektiven in der Klinik

Ziele wissenschaftliche Karriere:

Text

u.a. angestrebte Habilitation/Professur und geplanter Abschluss, stattfindende oder geplante Beteiligung an der Lehre /
(Mit-) Betreuung von wiss. Nachwuchs (Diplome, Promotionen, Habilitationen), angestrebte Mitgliedschaften / Funktionen, Perspektiven nach Beendigung der geschützten Forschungszeit bzw. des Forschungsprojektes

**Einschätzen von Risiken für die erfolgreiche Umsetzung des Forschungsprojektes
und klinischen Weiterentwicklung**

|  |  |
| --- | --- |
| Risiken | Gegenmaßnahmen |
|  |  |
|  |  |

**Qualifizierungsprogramm**

* Soll: 40 Stunden pro Jahr, individuell unter Einbindung des Betreuungskomitees geplant (davon ca. 8h/p.a. für die persönliche und je ca. 16h/p.a. für die klinische und wissenschaftliche Weiterbildung gemäß MCSP-Mantelcurriculum)
* Das Qualifizierungsprogramm muss hier nicht vollständig für drei Jahre durchgeplant werden, aber zumindest ein verbindlicher Fahrplan der wesentlichen zu erwerbenden Kenntnisse und Fertigkeiten soll hier skizziert werden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| JJJJ/Quartal | Umfang in Stunden | Thema/Aktivität oder zu erwerbende Kenntnisse/Erfahrungen/Fertigkeiten | Relevanz FA-Weiterbildung |
|  |
| Klinische Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |
|  |
| Wissenschaftliche Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |
|  |
| Persönliche Weiterbildung  |
| xx |  |  |  |
| xx |  |  |  |

**Verpflichtungs- und Einverständniserklärung**

[ ]  Der/Die Clinician Scientist

* wird während der geschützten Forschungszeit von klinischer Tätigkeit freigestellt und
erhält die notwendige Infrastruktur und Ressourcen zur Durchführung des Forschungsprojektes
* wird in seiner/ihrer wissenschaftlichen, klinischen und persönlichen Weiterentwicklung unterstützt und erhält die Möglichkeit zur Teilnahme am Qualifizierungs- und Mentoringprogramm, den Vernetzungstreffen und Retreats des MCSP.

[ ]  Unterstützung der MCSP-Qualitätssicherungsmaßnahmen:

* Abschluss einer Betreuungsvereinbarung mit Supervisor:innen und Mentor:in
* Mitwirkung an den jährlichen Zwischenberichten und
dem Abschlussbericht am Ende des Gesamtförderzeitraumes
* Mindestens ein schriftlich dokumentiertes Feedbackgespräch pro Jahr
mit dem Betreuungskomitee zur Fortschrittskontrolle bzw. zum Abschluss
* Teilnahme an Evaluierungsmaßnahmen

[ ]  Die Dienstplan- und Weiterbildungsverantwortlichen werden über diese Vereinbarung informiert.

[ ]  Etwaige Änderungen dieser Zielvereinbarung (z.B. Aufteilung geschützte Forschungszeit, berufliche oder familiäre Veränderungen, längere Krankheit) werden der MCSP-Geschäftsstelle in Schriftform mitgeteilt.

[ ]  Für im Rahmen des MCSP bekannt gewordenen Tatsachen und von Seiten der LMU im Zusammenhang mit dem MCSP zugänglich gemachten Informationen besteht - auch über den Gesamtförderzeitraum hinaus - eine Verschwiegenheitspflicht.

[ ]  Die Hinweise auf den Datenschutz lagen vor. Alle Beteiligten erklären sich mit der Datenverarbeitung und -verwendung zur Abwicklung der Prozesse rund um die Förderung durch das MCSP (Begutachtung, Aufnahme, Betreuung, Begleitung) und in anonymisierter Form zu statistischen Zwecken einverstanden. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, ohne dass dies die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt.

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

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

Ggfls. Unterschriftzeile/n löschen - oder - ergänzen:

* Vorgesetzten (falls zugleich Supervisor/Mentor)
* Persönliche/r Mentor/in (falls nicht vorhanden)