Hinweise (in blau) vor Berichtabgabe bitte löschen.

Diese Zielvereinbarung dient der Strukturierung und Planung des MCSP Medical Scientist Track mit Beginn zur Förderperiode am TT.MM.JJJJ und wird für die Dauer des geförderten Arbeitsvertrages von xx Monaten (mind. 12 Monate im Vollzeitmodell, max. 24 Monate im Teilzeit- bzw. Kombimodell) abgeschlossen zwischen:

* Medical 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

Die Zeile 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

**Karriereentwicklung**

Text

Definition von Zielen: 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 in der Klinik nach Beendigung des Forschungsprojektes

**Einschätzen von Risiken für die erfolgreiche Umsetzung des Forschungsprojektes   
und Karriereentwicklung**

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

**Qualifizierungsprogramm**

* Soll: 40 Stunden pro Jahr, individuell unter Einbindung des Betreuungskomitees geplant
* Das Qualifizierungsprogramm muss nicht vollständig 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 |
|  | | |
| Klinische Weiterbildung | | |
| xx |  |  |
| xx |  |  |
|  | | |
| Wissenschaftliche Weiterbildung | | |
| xx |  |  |
| xx |  |  |
|  | | |
| Persönliche Weiterbildung | | |
| xx |  |  |
| xx |  |  |

**Verpflichtungs- und Einverständniserklärung**

Der/Die Medical Scientist

* 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 Qualifizierungsprogramm, den Vernetzungstreffen und dem jährlichen Retreat des MCSP.

Unterstützung der MCSP-Qualitätssicherungsmaßnahmen:

* Abschluss einer Betreuungsvereinbarung mit Supervisor/innen und Mentor/in
* Je ein schriftlich dokumentiertes Feedbackgespräch   
  zur Halbzeit und zum Abschluss mit dem Betreuungskomitee
* Mitwirkung an dem Zwischen- und Abschlussbericht
* Teilnahme an Evaluierungsmaßnahmen

Die Dienstplan- und Weiterbildungsverantwortlichen werden über diese Vereinbarung informiert.

Etwaige Änderungen dieser Zielvereinbarung (z.B. 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)