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 / Assoziierter CS (Name des Programms)

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

**Forschungsprojekt**

Projekttitel: Titel

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

Kurzbericht: Zusammenfassung der durchgeführten Arbeiten und erzielten Ergebnisse in Bezug auf das ursprünglich beschriebene Arbeitsprogramm bzw. Meilensteine. Angaben zum Projektstand bzw. Realisierungsgrad. Ggfls. Erläuterung von Abweichungen und etwaigen Problemen.

Ausblick: Angaben zum geplanten weiteren Vorgehen

# Status Quo Anschlussfinanzierung: Planung mit nächsten Schritten bzw. Status (ggfls Verweis auf nachfolgendes Verzeichnis), Angabe der Förderinstitution

Status Quo Präsentation und Publikation der Ergebnisse: Planung mit nächsten Schritten bzw. Status (ggfls Verweis auf nachfolgendesVerzeichnis),Angabe Journal/Kongress

**Zeiten und Aufgaben in Klinik und Forschung**

Rückblick

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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.

Ausblick

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

**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 unter Einbindung des Betreuungskomitees geplant (davon 8h/p.a. für die persönliche und je 16h/p.a. für die klinische und wissenschaftliche Weiterbildung)

Rückblick

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

Ausblick

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |

**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 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 |  |  |

* 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, Status (angemeldet/erteilt), Datum

Öffentlichkeitsarbeit

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

**Empfehlungen des Betreuungskomitees (lt. gemeinsamen Jahres-Feedbackgespräch)**

* 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 / ergänzen:

* Vorgesetzten (falls zugleich Supervisor/Mentor)
* Persönliche/r Mentor/in (falls nicht vorhanden)
* MCSP-Advisor (falls nicht zugewiesen; falls zugewiesen ist dieser optional beim ersten Feedbackgespräch   
  und obligat beim Abschluss- bzw. Perspektivengespräch am Ende des Förderzeitraumes einzubeziehen)