Bern, Datum

**Antrag für eine Titularprofessur**

CV

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: dd.mm.yyyy

Nationalität:

Zivilstand (fakultativ):

Arbeitgeber (Klinik, Institut o.Ä.):

Telefon-Nr. Arbeit:

E-Mail Arbeit:

Adresse privat:

Telefon-Nr. privat:

E-Mail privat:

## Aus- und Weiterbildung / Abschlüsse

**Jahr Ort Bezeichnung**

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

\*(Teilzeitarbeit aufgrund von Betreuungsaufgaben speziell kennzeichnen)

## Anstellungen

**Jahr Ort Bezeichnung**

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

## Akademischer Status

|  |
| --- |
|  |

 **Gegenwärtiger akademischer Titel**

**Promotion**

Jahr Universität MD, PhD usw.

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

**Habilitation**

Jahr Universität Fach

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

**Weitere akademische Ernennungen**

Jahr Universität Bezeichnung

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

## Mitgliedschaften / Patente / Ehrungen / Preise / Sonstiges

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

## Autoreferat über das wissenschaftliche Gesamtwerk

* Auf ausschliesslich eigene Originalarbeiten Bezug nehmen, nummeriert gemäss Publikationsliste
* auf Englisch
* maximal 2 Seiten

|  |
| --- |
|  |

## Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät Bern seit der Habilitation in der Forschung

|  |
| --- |
|  |

## Liste von maximal 5 Schlagworten zu den Forschungsschwerpunkten

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |       |
| 2. |       |
| 3. |       |
| 4. |       |
| 5. |       |

Publikationen

**Originalarbeiten in Zeitschriften mit peer review**

* Nur publizierte oder zur Publikation akzeptierte Arbeiten
* RCR: <https://icite.od.nih.gov/analysis> ; Publikationen mit Status «provisional» wie folgt markieren: \*
* Publikationen seit der Habilitation wie folgt kennzeichnen: \*\*
* Eigenen Namen **fett** hervorheben
* Auflistung aufsteigend chronologisch

**Nr. Autoren / Titel / Zeitschrift / Band / Seitenzahlen / Jahr \*RCR**

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

**Case Reports**

**Nr.** **Autoren / Titel / Zeitschrift / Band / Seitenzahlen / Jahr**

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

**Letters to the Editor**

**Nr.** **Autoren / Titel / Zeitschrift / Band / Seitenzahlen / Jahr**

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

**Buchkapitel / Übersichtsarbeiten**

**Nr.** **Autoren / Titel / Zeitschrift / Band / Seitenzahlen / Jahr**

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

Drittmittel

**Geldgeber Laufzeit Titel Gesamt- Haupt (H)/ Peer**

 **(von/bis) betrag Mitgesuch­ Review**

 **steller (M) ja/nein**

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

**Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät Bern seit der Habilitation in der Lehre inklusive Engagement in der Gleichstellung (z.B. mentoring4women, Tätigkeit als Gleichstellungsdelegierte Person in der Klinik, Organisation oder aktive Mitarbeit in Workshops zum Thema u.a.), Leitung von Dissertationen / Masterarbeiten**

(Lehrveranstaltungen / Engagement in der Gleichstellung: Angabe von Std/Jahr, von-bis; MD/PhD/MMed: Angabe von Name und Abschlussjahr)

|  |
| --- |
|  |

**Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät Bern seit der Habilitation in der Dienstleistung**

|  |
| --- |
|  |

## Referenzen

(mind. drei Namen)

## Bemerkungen

**Hiermit bestätige ich**

**1. die Korrektheit und Vollständigkeit aller gemachten Angaben**

**2. dass gegen mich kein Verfahren an einer Hochschule, Forschungsförderungsagentur oder anderen akademischen Einrichtung zur Untersuchung von Widerhandlungen gegen die wissenschaftliche Integrität (*scientific misconduct*) hängig ist. Weiter bestätige ich, dass in der Vergangenheit kein solches Verfahren zur Feststellung von Widerhandlungen gegen die wissenschaftliche Integrität durch die zuständige Behörde geführt hat.**

**Ort, Datum:**      ,

**Unterschrift:**