Bern, Datum

**Antrag für eine Assoziierte Professur**

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

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

## Forschungsaufenthalte

**Monate/Jahr Ort** **Bezeichnung**

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

## Akademische Selbstverwaltung / Öffentlichkeitsarbeit

**Fakultäre Kommission**

Ständige

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

Individuelle

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

**Universitäre Kommissionen**

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

**Vereinigungen**

Nationale

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

Internationale

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

**Kongressorganisation**

Nationale

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

Internationale

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

## Autoreferat über das wissenschaftliche Gesamtwerk

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

## Forschung seit der Habilitation

**Persönliche Rolle bei der Projektentwicklung, Durchführung und Publikation**

|  |
| --- |
|  |

**Führen Sie eine Forschungsgruppe?**

**Wenn Ja, wie viele Mitarbeitende? Wie besoldet (Staats- und/oder Drittmittel)?**

|  |
| --- |
|  |

## 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**

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

**Übersichtsarbeiten**

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

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

**Buchkapitel**

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

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

**Case Reports**

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

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

**Letters to the Editor**

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

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

**Vorträge seit der Habilitation**

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

Drittmittel

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

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

**steller (M) ja/nein**

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

Lehrtätigkeit seit der Habilitation

(in Std/Jahr, von-bis)

**Persönliche Lehrverpflichtungen**

**Vorlesungen**

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

**Gruppenunterricht**

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

**Tutorien (PBL)**

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

**Seminare**

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

**Fort- und Weiterbildung**

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

**Andere**

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

**Prüfungen**

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

**Organisation von Lehrveranstaltungen**

(Bezeichnung der von der Kandidatin/dem Kandidaten selbständig organisierten Lehrveranstaltungen)

**Themenblöcke (PBL)**

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

**Gruppenunterricht**

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

**Fort- und Weiterbildung**

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

**Fachpraktika**

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

**Wahlpraktika**

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

**Prüfungen**

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

**Engagement in der Gleichstellung**

(z.B. mentoring4women Tätigkeit als Gleichstellungsdelegierte Person in der Klinik, Organisation oder aktive Mitarbeit in Workshops zum Thema, weitere Massnahmen wie Flyer u.a.)

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

**Geleitete Dissertationen und/oder Betreuung Masterarbeiten**

Jeweils angeben, ob es sich um eine MD, PhD oder Masterarbeit handelt und ob diese abgeschlossen oder am Laufen ist.

**Jahr Name Titel**

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

## Nachwuchsförderung

Anzahl seit Habilitation

|  |  |
| --- | --- |
| **MD** |  |
| **MMed** |  |
| **PhD** |  |
| **Habilitationen** |  |

## Dienstleistung seit der Habilitation

**Arbeitsort (Institut, Klinik usw.)**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Stellung in der Dienstleistungshierarchie**

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

**Selbstgeleiteter Betrieb (Station, Abteilung usw.)**

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

|  |
| --- |
|  |

**Anzahl unterstellter Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter**

**Aufteilung der Tätigkeit**

(in Prozent der Gesamtarbeitszeit)

|  |
| --- |
|  |

**Forschung**

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

**Lehre**

Studentenausbildung

Weiterbildung

Andere

|  |
| --- |
|  |

**Dienstleistung**

|  |
| --- |
| 100% |

**Total**

## 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:**