

Protokoll zum Zielvereinbarungsgespräch Clinician Scientist-Programm			
Geförderte*r:	1. Mentor*in	2. Mentor*in:	Aufnehmende Klinik/Abteilung:
Förderzeitraum:			
A. Klinische Weiterbildung		B. Forschungsprojekt	
Bezeichnung der Facharztweiterbildung, in der Sie sich befinden (nach WBO):		Titel des Forschungsprojekts:	
Stand der Facharztweiterbildung (Jahr, ggf. Rotation):		Stand des Forschungsprojekts:	
Ziele im Programmzeitraum: <i>z.B. Abschluss der Facharztweiterbildung</i>		Ziel: <i>z.B. Habilitation und Anzahl Publikationen</i>	
Im Förderzeitraum geplante Rotationen im Rahmen Ihrer Facharztweiterbildung:		Meilensteine des Forschungsprojekts:	
Aufteilung der geschützten Forschungs- und Klinikzeiten (<i>z.B. halbe Tage/wechselnde Wochen oder Monate, ggf. auch unter Berücksichtigung von Teilzeitmodellen</i>):		Welche Arbeitspakete übernehmen ggf. Studierende im Rahmen von Abschluss- oder Forschungsarbeiten oder Doktorand*innen?	

**C. Bitte skizzieren Sie die geplante Kursbelegung für das Begleitcurriculum
(Pflicht- und Wahlpflichtkurse: Thema und, falls schon bekannt, Datum)**

Jahr 1:

Jahr 2:

Jahr 3:

Zeichnen sich schon jetzt besondere Herausforderungen bei der Zielerreichung ab?

Bemerkungen:

Datum, Unterschrift Geförderte*r

Datum, Unterschrift 1. Mentor*in

Datum, Unterschrift 2. Mentor*in