

**Forschungskommission Medizin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Abschlussbericht Habilförderung** | Antragstellerin: |  |
| Einrichtung: |  |

**1. Projektleiterin**

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Institut / Klinik |  |
| Projektnummer |  |

**2. Titel des Projekts**

|  |
| --- |
|  |

**3. Förderzeitraum**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Von |  | bis |  |

**4. Für die bewilligte Summe wurde / wird Personal beschäftigt:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Beschäftigungsdauer  in Monaten | Vollzeit | Teilzeit |
| Wissenschaftliches Personal |  |  |  |
| Technisches Personal |  |  |  |
| Wissenschaftliche Hilfskräfte |  |  |  |
| Sonstiges Personal |  |  |  |

**5. Für die bewilligte Summe wurden / werden folgende Geräte angeschafft (ab 600 € Anschaffungspreis)**:

|  |  |
| --- | --- |
| Gerät | Kosten |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**6. Bitte geben Sie eine kurze Zusammenfassung Ihrer Ergebnisse**

1. Kurzdarstellung der Ziele, die im Antrag formuliert wurden

|  |
| --- |
|  |

1. Ergebnisse

|  |
| --- |
|  |

1. Schlussfolgerung

|  |
| --- |
|  |

1. Perspektiven

|  |
| --- |
|  |

**7. Konnte oder könnte das Projekt in einem Forschungsschwerpunkt eingebettet werden (am Standort und / oder im Rahmen externer Verbünde)?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, und zwar in |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nein, weil |  |

**8. Welche wissenschaftlichen Kooperationen oder Beteiligungen an Netzwerken kennzeichnen das Projekt?**

|  |  |
| --- | --- |
| Kooperationen: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Keine |  |

**9. Wurden Ihre Ergebnisse veröffentlicht?**

Publikationen:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Titel | Journal | Erschienen am |
|  |  |  |

Posterbeiträge:

|  |  |
| --- | --- |
| Titel des Posters | Veranstaltung |
|  |  |

Vorträge auf wissenschaftlichen Veranstaltungen:

|  |  |
| --- | --- |
| Titel des Vortrages | Veranstaltung |
|  |  |

Buchbeiträge:

|  |
| --- |
|  |

Sonstige Veröffentlichungen:

|  |
| --- |
|  |

**10. Erhielten Sie für Ihr Projekt Preise oder sonstige Auszeichnungen?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, und zwar |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nein |  |

**11. Wurden von Ihnen im Rahmen des Projekts externe Drittmittel eingeworben / beantragt?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ja, Drittmittel wurden **eingeworben** bei: |  | in Höhe von: |  |
| Geschäftszeichen Bewilligungsbescheid: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, Drittmittel wurden **beantragt** bei: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nein |  |

**12. Sind durch das Projekt Patente entstanden?**

|  |  |
| --- | --- |
| Ja, und zwar |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nein |  |

Kreuz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift Projektleiterin**

Kreuz

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ort, Datum Unterschrift Klinik-/ Institutsleitung**