Fortschrittsbericht Promotion - Medizinische Fakultät Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

|  |
| --- |
| 1. Allgemeine Angaben |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Art, Ort und Datum des Betreuungsgesprächs | | | | | | | | | | |
|  | 1. Jahr | |  | 2. Jahr |  | 3. Jahr |  | 4. Jahr |  | Anderes (bitte erläutern): |
| Ort: | |  | | | | | | Datum: |  | |

|  |
| --- |
| Promovierende/r |
| *Nachname, Vorname* |
|  |
| *Adresse* |
|  |
| *E-Mail-Adresse* |
|  |
| *Telefonnummer* |
|  |
| *Matrikelnummer* |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Angestrebter Titel | | | | | |
| *Bitte wählen Sie den von Ihnen angestrebten Grad aus.* | | | | | |
|  | Dr. med. / Dr. med. dent. |  | Dr. PH |  | PhD in Medical Sciences |

|  |
| --- |
| Doktorvater/Doktormutter |
| *Bitte nutzen Sie das folgende Format: Titel Vorname Nachname Institut / Klinik*  Univ.-Prof. Dr. med. Martina Musterfrau  Klinik für Musterforschung  Medizinische Fakultät  Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf |
|  |

|  |
| --- |
| Co-Betreuung |
| *Bitte entsprechend (s. oben) ausfüllen.* |
|  |

|  |
| --- |
| Weitere Betreuungspersonen (falls zutreffend) |
| *Bitte entsprechend (s. oben) ausfüllen.* |
|  |

|  |
| --- |
| 2. Spezifische Inhalte und Vereinbarungen zum Promotionsvorhaben |

|  |
| --- |
| Arbeitstitel des Promotionsvorhabens |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Aktueller Stand des Promotionsvorhabens | |
|  | Projekt ist dem Zeitplan voraus |
|  | Projekt liegt hinter dem Zeitplan |
|  | Projekt liegt im Zeitplan |
| *Bitte berichten Sie in kurzen Stichpunkten über den bisherigen Verlauf des Promotionsprojektes (z.B. Ergebnisse, Fortschritte, Herausforderungen, Probleme, erreichte Meilensteine, etc.). Wurden die gesetzten Ziele erreicht (siehe dazu initiale Projektskizze, ggf. Fortschrittsbericht des Vorjahres)?* | |
|  | |

|  |
| --- |
| Aktualisierter voraussichtlicher Zeitplan |
| *Bitte aktualisieren und ergänzen Sie den geschätzten Zeitplan. Falls das Projekt dem Zeitplan voraus ist, skizzieren Sie bitte (kurz), welche Gründe und ggf. Pläne es für die gewonnene Zeit gibt. Liegt das Projekt hinter dem ursprünglichen Zeitplan, skizzieren Sie bitte (kurz) die Gründe und wie sich dies auf den Zeitplan auswirkt, welche Maßnahmen ggf. zur Einholung des Zeitplanes ergriffen werden, bzw. ggf. welche alternativen Pläne verfolgt werden sollen. Bitte passen Sie den Zeitplan entsprechend an.* |
|  |

|  |
| --- |
| Aktueller Stand der Bedingungen für eine erfolgreiche Promotion |
| *Bitte listen Sie kurz auf, welche der ursprünglich aufgeführten Bedingungen (s. initiale Projekt-skizze: Bedingungen, die aus Sicht der Betreuung für eine erfolgreiche Promotion erfüllt werden müssen), bereits erfüllt wurden und welche noch nicht. Sollten sich z.B. aufgrund des bisherigen Fortschritts Änderungen dieser Bedingungen ergeben, stellen Sie diese bitte transparent und nachvollziehbar dar. Wichtig ist, dass das gemeinsame Verständnis erhalten bleibt, wie die Promotion erfolgreich abgeschlossen werden kann.* |
|  |

|  |
| --- |
| Ziele des Folgejahres |
| *Bitte beschreiben Sie kurz die konkreten Ziele, die im nun folgenden Jahr der Arbeit an der Dissertation angestrebt werden sollen. Diese Ziele sollten zum aktualisierten Zeitplan passen.* |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Im Verlauf des Projekts haben sich Änderungen bzgl. der Notwendigkeit eines Ethikvotums bzw. einer Tierversuchsgenehmigung ergeben. | | | |
|  | Nein |  | Ja |
| *Falls „Ja“, bitte die erforderliche Dokumentation diesem Fortschrittsbericht beifügen (Schreiben der Ethikkommission/ Organisationsnummer des ZETT/ Antragsteller, Datum Referenznummer Tierversuchsgenehmigung, etc.).* | | | |
|  | | | |

|  |
| --- |
| Angaben zur geplanten Finanzierung |
| *Bitte skizzieren Sie kurz wie - nach aktuellem Planungsstand – die/der Doktorand/in über die verbleibende Promotionsphase finanziert werden soll. Bitte geben Sie explizit an, wenn sich Änderungen zur ursprünglichen Planung ergeben haben und/oder Unsicherheiten entstanden sind. Ziel ist es, dass das geplante Finanzierungskonzept weiterhin für alle Beteiligten nachvollziehbar und transparent bleibt.* |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wissenschaftliche und sonstige Ausbildungsinhalte | | |
|  | das Seminar zur guten wissenschaftlichen Praxis wurde/wird belegt am: | *Bitte Datum/Zeitraum angeben:* |
|  | Die Präsentationen der Forschungsergebnisse durch die Doktorandin/ den Doktoranden auf einem Kongress oder Symposium ist geplant. | *Bitte Datum/Zeitraum angeben:* |
|  | Der/die Doktorandin hat eine Vertraulichkeitsverpflichtung unterschrieben. Eine vorbereitete Erklärung kann unter <https://www.graduiertenzentrum-medizin.hhu.de/downloads> abgerufen werden. | *Bitte Datum/Zeitraum angeben:* |
|  | Der/die Doktorandin nutzt die Forschungsdokumentation (Laborbuch) der Medical Research School |  |

|  |
| --- |
| (Optional) Sonstige Informationen/Vereinbarungen/Kommentare |
| *Bitte aktualisieren/ergänzen Sie hier alle sonstigen für die Promotion relevanten Informationen, Vereinbarungen oder Kommentare ein (z.B. Datum des nächsten Folgetreffens zum Fortschrittsbericht).* |
|  |

|  |
| --- |
| 3. Grundsätze zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis |

Die/der unterzeichnenden Personen willigen ein, auch weiterhin die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis zu beachten und zu befolgen. Die Grundsätze sind Teil der Betreuungsvereinbarung und können unter [www.graduiertenzentrum-medizin.hhu.de/downloads](https://www.graduiertenzentrum-medizin.hhu.de/downloads) eingesehen werden.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des/der verantwortlichen Betreuers/Betreuerin und Stempel der Einrichtung |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Co-Betreuers/der Co-Betreuerin und Stempel der Einrichtung |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | ggf. Unterschrift einer weiteren Betreuungsperson und Stempel der Einrichtung |