Medizinische Fakultät

Dekanat   
Graduiertenzentrum Medizin

**Sandra König M.A.**Referentin für   
Promotionsangelegenheiten

Telefon +49 211 81-04608  
Telefax +49 211 81-16677  
Sandra.Koenig@med.uni-duesseldorf.de

**Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf**Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
Gebäude 17.11Ebene 03, Raum 12

www.medrsd.hhu.de

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Erklärung zum Eigenanteil der Dissertationsschrift**  Anlage zum Antrag auf Zulassung zur Promotion  im Fach Medizin/Zahnmedizin/Public Health und PhD in Medical Science | |
| Name Doktorand/in: |  |
| Thema der Arbeit: |  |
| Bitte erläutern Sie welche Arbeiten von Ihnen durchgeführt wurden, bei welchen Arbeiten Sie unterstützt wurden und welche Arbeiten von anderen Personen durchgeführt wurden. Der Beispieltext\* im Formular soll Ihnen dabei eine Hilfestellung geben. | |
| **Beispieltext\***  Die Arbeit wurde in der Klinik / Institut [Name] unter Betreuung von [Name Doktorvater /Doktormutter = habilitierter Betreuer / habilitierte Betreuerin] durchgeführt.  Die Konzeption der Studie erfolgte durch / in Zusammenarbeit mit [Name, Funktion] und [Name, Funktion].  Die folgenden Versuche / Sämtliche Versuche wurden (nach Einarbeitung durch Labormitglieder [Namen]) von mir (eigenständig / in Zusammenarbeit mit / mit Unterstützung durch [Name]) durchgeführt. (Methode xy wurde durch [Name] durchgeführt).  Die statistische Auswertung erfolgte (eigenständig / nach Beratung durch das Institut für Biometrie/ nach Anleitung durch [Name]) durch mich.  Ich versichere, das Manuskript selbständig (nach Anleitung durch [Name]) verfasst zu haben und keine weiteren als die von mir angegebenen Quellen verwendet zu haben.  (ggfs. weitere Details) | |

Ich versichere, dass alle von mir gemachten Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin |