Medizinische

**Fakultät**



**Antragstellung auf Umhabilitation**

**für Antragsteller, die an einer Deutschen Fakultät/Universität habilitiert haben**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Persönliche Daten:** | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| Name | |  | ggf. Geburtsname |  | Vorname(n) -bitte alle angeben- |
|  | |  |  |  |  |
| Geburtsdatum/-ort | |  | Staatsangehörigkeit |  | Geschlecht |
|  | |  |  |  |  |
| Doktorgrad: | |  | erhalten am: |  | von Universität |
|  | |  |  |  |  |
| **2. Wissenschaftlicher Werdegang:** (wichtigste Stationen; ausführlicher Lebenslauf als Anlage) | | | | | |
| von – bis | Studium (Abschluss), bzw. wiss./ ärztl. Tätigkeit als …… | | | Universität / Institut / Klinik, Ort | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Habilitation / ggf. Umhabilitation** | | |
| am | Universität | Fach/Fachgebiet |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Titel der Habilitationsschrift:** |

|  |
| --- |
| **5. angestrebtes Umhabilitationsfach in Tübingen:** |
| **Verfahren wird unterstützt durch (verantwortlicher Fachvertreter):** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. Facharztausbildung** | Für Fach: | Datum: |
| Bestanden / angestrebt |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Seite 2 |
| Name |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **7. Forschung:** | | | |
| **Forschungsschwerpunkte**: |  | Anzahl | Impactfaktor (Summe) |
| **Originalpublikationen Gesamt:** |  |  |
| davon als Erstautor |  |  |
| davon als Seniorautor |  |  |
| davon als Coautor |  |  |
| **Case Reports / Letters** |  |  |
| **Reviews** |  |  |
| **Bücher** |  |  |
| **5 wichtigste Publikationen (bitte vollständige Angabe: Autoren, Titel, Jahr, Zeitschrift, Band, Seiten)** | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **8. Lehre:** | | | |
| **Didaktische Fortbildung:** (Zusammenfassende Darstellung; ausführlich in Anlage): | | | |
| von – bis | | Art | Einrichtung |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| **Lehrerfahrung** (Zusammenfassende Darstellung; ausführlich in Anlage): | | | |
| von – bis | Umfang (SWS) | Art | Einrichtung |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Lehrevaluation vorhanden ja / nein**  **falls ja bitte weitere Angaben zur Quelle / Institution / Jahr** | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | Seite 3 |
| Name |  |  |  |  |

**9. Kontaktdaten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name |  | Privat-, Dienstanschrift |
|  |  |  |
| Telefon |  | E-Mail |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ort / Datum / Unterschrift |  |  |

**10. Anlagen**

Diesem Antrag sind beigefügt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diese Unterlagen senden Sie bitte mit original Unterschrift unterzeichnet an das Habilitationsbüro und reichen Sie digital über das Habilitationsportal ein | | **digital** | **postalisch** |
| **1.** | **Ein formloses Motivationsschreiben, in dem begründet ist, weshalb die Umhabilitation an unsere Fakultät angestrebt wird** (mit original Unterschrift) | **1** | **2** |
| **2.** | **Bestätigungen, mit Originalunterschrift unterzeichnet:**  - Eine Erklärung, dass kein Straf- oder Disziplinarverfahren gegen den/die Antragsteller(in) läuft und keine strafrechtliche Verurteilung oder Disziplinarmaßnahme erfolgt ist (andernfalls ist eine Erklärung über Straf- und Disziplinarmaßnahmen abzugeben).  - Eine Versicherung an Eides statt, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben wahr sind und nichts verschwiegen wird, mit dem Hinweis, dass dem/der Antragsteller(in) bekannt ist, dass die falsche Abgabe einer Versicherung an Eides statt mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren oder mit einer Geldstrafe bestraft wird. | **1**  **1** | **2**  **2** |
| **3.** | **Für nicht an der Medizinischen Fakultät/UKT Beschäftigte:**  - - Eine **Erklärung**, dass die Lehrverpflichtungen nach Umhabilitation an Einrichtungen unserer Fakultät wahrgenommen werden, sowie ein **Lehrkonzept** für die Zeit ab der Umhabilitation (mit original Unterschrift)  - **Darstellung** von mindestens 2 wissenschaftlichen Zusammenarbeiten/ Kooperationen mit Einrichtungen der MFT (mit original Unterschrift) | **1**  **1** | **1**  **1** |
| **4.** | **Tabellarischer Lebenslauf** mit Darstellung des wissenschaftlichen Werdegangs | **1** | **1** |
| **5.** | **Publikationsverzeichnis** mit Angabe des Impact-Faktors und nach den Gliederungsvorschriften des Habilitationsausschuss (bitte Formblatt anwenden). Bei Publikationen mit geteilter Erst-/Letztautorenschaft als Anlage Erklärung beifügen, die die individuelle Eigenleistung sowie die Arbeit der Mitautoren erläutert. | **1** | **0** |
| **6.** | Liste der abgehaltenen **Lehrveranstaltungen** nach der Gliederungsvorschrift des Habilitationsausschuss (bitte Formblatt anwenden)mit original Unterschrift | **1** | **1** |
| **7.** | Liste der **betreuten Doktorarbeiten** | **1** | **0** |
| **8.** | Personenbezogene **Lehrevaluationen** | **1** | **0** |
| **9.** | **Teilnahmebescheinigung Kurs „Gute wissenschaftliche Praxis“**  (kontinuierliche Teilnahme alle 3 Jahre verpflichtend) | **1** | **0** |
| **10.** | Nachweis **Aus- und Weiterbildung in Hochschuldidaktik** (i. d. R. MQ1) | **1** | **0** |
| **11..** | **Habilitationsschrift** (gebundene Exemplare)**,** | **1** | **1** |
| **12.** | **Personalbogen** mit Lichtbild | **1** | **2** |
| **13.** | **Approbationsurkunde** (amtlich beglaubigte Kopie\*) | **1** | **2** |
| **14.** | **Promotionsurkunde** (amtlich beglaubigte Kopie\*) | **1** | **2** |
| **15.** | **Facharztanerkennung** (amtlich beglaubigte Kopie\*) | **1** | **2** |
| **16.** | **Habilitationsurkunde *einer deutschen Fakultät*** (amtlich beglaubigte Kopie\*) | **1** | **2** |
| **17.** | Für APL-Professoren: **Urkunde über Titelverleihung** (amtlich beglaubigte Kopie\*) | **1** | **2** |
| **18.** | **Stellungnahme des/der Fachvertreters/Fachvertreterin** mit original Unterschrift des/der Fachvertreters/Fachvertreterin  (entfällt bei Zusendung durch den/die Fachvertreter/ in an das Habilitationsbüro) | **1** | **1** |

**\***[**https://uni-tuebingen.de/studium/studienorganisation/administration/amtliche-beglaubigung/**](https://uni-tuebingen.de/studium/studienorganisation/administration/amtliche-beglaubigung/)