

Profilbogen für Bewerberinnen für MeMentUM 2024

Persönliche Daten		
Name		
Vorname		
Anschrift (dienstlich)		
Telefon (dienstlich)		
Anschrift (privat)		
Telefon (privat)		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Kinder	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Alter angeben):	<input type="checkbox"/> nein

Aktueller Beschäftigungsstatus	
<input type="checkbox"/> Befristet	vorgesehen bis (MM/JJ):
	abhängig von:
	<input type="checkbox"/> Landes- bzw. Klinikstelle
	<input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> angestellt
	<input type="checkbox"/> Drittmittelstelle
	<input type="checkbox"/> DFG <input type="checkbox"/> SFB
	Nr.:
	andere:
	<input type="checkbox"/> Stipendium
	Befristung bis (MM/JJ):
	Verlängerung: <input type="checkbox"/> nicht vorgesehen <input type="checkbox"/> nicht möglich
<input type="checkbox"/> Unbefristet	<input type="checkbox"/> Landes- bzw. Klinikstelle
	<input type="checkbox"/> verbeamtet <input type="checkbox"/> angestellt
	<input type="checkbox"/> sonstiges
<input type="checkbox"/> sonstiges (bitte erläutern Sie):	

Qualifikationen: Ärztin	
<input type="checkbox"/> Promotion	
Zeitraum:	
Klinik oder Institut:	
Titel der Doktorarbeit:	
Grad/ Note:	
<input type="checkbox"/> fachärztliche Weiterbildung	
Zeitraum:	
Fach:	
<input type="checkbox"/> Fachärztin	
seit:	
Fach:	
<input type="checkbox"/> Habilitandin	
Zeitraum:	
Fach:	
<input type="checkbox"/> Dr. med. habil	
seit:	
Fach:	
<input type="checkbox"/> Juniorprofessorin	
seit:	
Klinik oder Institut:	
<input type="checkbox"/> Privatdozentin	
seit:	
Klinik oder Institut:	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Spezialisierungen:	
Weiterbildungen:	

Publikationsleistungen (bitte fügen Sie eine Übersicht ihrer Publikationen bei)	
Anzahl als Erstautorin:	
Anzahl als Co-Autorin:	
Sonstiges:	

Eingeworbene Drittmittel	

Karriere	
Wichtigste Stationen (sofern oben nicht genannt)	
Karriereziele	

Soziales-/ ehrenamtliches Engagement	
(Bitte machen Sie Angaben zu Zeitraum und Tätigkeit)	

Auslandserfahrung	
(Bitte machen Sie Angaben zu Zeitraum und Tätigkeit)	

Referenz		
(bitte geben Sie hier die Kontaktdaten einer Person aus Ihrem beruflichen Umfeld an, die Ihnen auf Anfrage eine Referenz erteilen kann)	Name:	
	Institut:	
	Position:	
	E-Mail:	
	Telefon:	

Mentor*in		
Vorschlag 1	Name:	
	Institut:	
	Position:	
	E-Mail:	
	Telefon:	
	Begründung:	
Vorschlag 2	Name:	
	Institut:	
	Position:	
	E-Mail:	
	Telefon:	
	Begründung:	
Vorschlag 3	Name:	
	Institut:	
	Position:	
	E-Mail:	
	Telefon:	
	Begründung:	

Erwartungen an die Mentorin/ den Mentor
<input type="checkbox"/> vertiefte Kenntnisse über Strukturen, Prozesse, Spielregeln um medizinischen Wissenschaftssystem
<input type="checkbox"/> Begleitung, Motivation und Unterstützung für den Berufseinstieg (Strategien, Hilfe zum "Selbstmarketing")
<input type="checkbox"/> Vermittlung von Kontakten in der Scientific Community und relevanten Bereichen
<input type="checkbox"/> Einblicke in Führungsverhalten/ -qualifikationen
<input type="checkbox"/> Einblicke in Durchsetzungsstrategien eigener Interessen
<input type="checkbox"/> Einblicke in Konfliktbewältigungsmöglichkeiten
<input type="checkbox"/> Einblicke in Arbeits(zeit)organisation
<input type="checkbox"/> Einblicke in die Vereinbarkeit von Beruf und Familie
<input type="checkbox"/> sonstiges: