**Formblatt zur Bestätigung der Klinikleitung über im Rahmen der Facharztweiterbildung erbrachte Leistungen und die Leistungen der Klinik**

**Was Sie tun müssen:**

Bitte legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinikleitung zur Unterschrift vor.

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Hiermit bestätige ich als Klinikleitung, dass

Frau/Herr Dr. med. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

im Rahmen ihrer/seiner Facharztweiterbildung bisher folgende Leistungen erbracht hat:

* + **sehr gute Leistungen im Rahmen der Facharztweiterbildung sowie die**
	+ **Erreichung von mind. 60 % der geforderten klinischen Inhalte des Gebiets**

Zudem bestätige ich

* + **eine signifikante peer-reviewed Drittmittelförderung der Einrichtung sowie**
	+ **regelmäßige (mindestens zwei wöchentliche) wissenschaftliche Kolloquien/Journal Clubs auf Einrichtungsebene mit Teilnahme der/des Weiterbildungsermächtigten.**

Außerdem verpflichte ich mich für die Co-Finanzierung des *Charité Digital Clinician Scientist* Projekts für den Fall, dass keine projektbezogenen Drittmittel für die Durchführung des *Charité Digital Clinician Scientist* Projekts vorhanden sein sollten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name Klinikleitung | Datum | Unterschrift |