**Formblatt zur Bestätigung der Klinik-/Institutsleitung über im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung erbrachte Leistungen und die Leistungen der Klinik/des Instituts**

**Was Sie tun müssen:**

Bitte legen Sie dieses Formblatt Ihrer Klinik-/Institutsleitung zur Unterschrift vor.

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

Hiermit bestätige ich als Klinik-/Institutsleitung, dass

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

im Rahmen ihrer/seiner fachärztlichen Weiterbildung bisher folgende Leistungen erbracht hat:

* + **sehr gute Leistungen im Rahmen der fachärztlichen Weiterbildung 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 *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Projekts für den Fall, dass keine projektbezogenen Drittmittel für die Durchführung des *BIH Charité Digital Clinician Scientist* Projekts vorhanden sein sollten.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Name der Klinik-/Institutsleitung | Datum | Unterschrift\* |