

Formular zur Anmeldung als Doktorand*in an der MUL - CT ☞

Bevor Sie mit dem Ausfüllen des Anmeldeformulars beginnen, stellen Sie bitte sicher, dass Sie sich bereits mit den kommenden Fragestellungen über das Antragstemplate auseinandergesetzt haben. Eine Unterbrechung oder ein Neubeginn der begonnenen Antragstellung kann nicht vorgenommen werden.

* Erforderlich

Basisdaten zur Person

1. Bitte geben Sie Ihre(n) Vorname(n) ein. *

2. Bitte geben Sie Ihren Nachnamen ein. *

3. Sollte Ihr Geburtsname von Ihrem jetzigen Nachnamen abweichen, geben Sie diesen bitte hier ein.

4. Bitte geben Sie an, ob Sie bereits promoviert sind. *

☐ Ja

☐ Nein

5. Wann haben Sie die Promotion abgelegt? *

6. Bitte geben Sie an, ob Sie bereits habilitiert sind. *

☐ Ja

☐ Nein

7. Wann haben Sie die Habilitation abgelegt? *

8. Bitte geben Sie die Straße und Hausnummer an, in der Sie wohnhaft sind. *

9. Bitte geben Sie die Postleitzahl Ihres Wohnortes an. *

Es handelt sich um eine 5-stellige Zahl (Beispiel: 03042)

10. Bitte geben Sie den Namen Ihres Wohnortes an. *

11. Sind Sie in Deutschland wohnhaft? *

☐ Ja

☐ Nein

12. Bitte geben Sie an, in welchem Land Sie wohnhaft sind. *

13. Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer an, unter der man Sie erreichen kann.

Freiwillige Angabe. Bitte mit Ländervorwahl. Beispiel für deutsche Telefonnummer: +49 3537136189

14. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse an, unter der man Sie erreichen kann. *

Diese E-Mail Adresse wird als Korrespondenz zwischen Ihnen und der universitären Einrichtungen während Ihrer Promotion genutzt.

15. Bitte geben Sie Ihren Geburtstag ein. *

Der/Die Antragsteller*in muss älter als 18 Jahre alt sein.

16. In welcher Stadt wurden Sie geboren? *

17. Wurden Sie in Deutschland geboren? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

18. Bitte geben Sie Ihr Geburtsland ein *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.muc.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

19. Welchem Geschlecht ordnen Sie sich zu? *

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich
- ☐ Divers
- ☐ Ohne Angabe

20. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? *

- ☐ 000 Deutschland
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 125 Bulgarien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 157 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation, auch Russland
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ 475 Syrien
- ☐ andere

21. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? Bitte geben Sie den entsprechenden Länderschlüssel an. *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

22. Besitzen Sie eine weitere Staatsangehörigkeit? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

23. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? *

- ☐ 000 Deutschland
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 125 Bulgarien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 157 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation, auch Russland
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ 475 Syrien
- ☐ andere

24. Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie? Bitte geben Sie den entsprechenden Länderschlüssel an. *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

Ersteinschreibung (als Studierende*r)

25. In welchem Land befindet sich die Hochschule, an der Sie zum ersten Mal eingeschrieben waren? *

- ☐ in Deutschland
- ☐ in einem anderen Land

26. Wie lautet die Hochschule *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

27. Bitte geben Sie den Länderschlüssel des Landes an, in dem die Hochschule Ihrer Ersteinschreibung liegt. *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

28. Welches war das Semester der Ersteinschreibung? *

- ☐ Sommersemester
- ☐ Wintersemester

29. In welchem Jahr erfolgte Ihre Ersteinschreibung? *

4-stellige Zahl (Beispiel 2005)

Zur Promotion berechtigende Abschlussprüfung

30. Wurde die zur Promotion berechtigende Abschlussprüfung bereits abgelegt? *

- ☐ wurde noch nicht abgelegt
- ☐ wurde abgelegt und bestanden

31. Um die Anmeldung als Promovend*in erfolgreich abschließen zu können, muss eine zur Promotion berechtigende Abschlussprüfung beim Promotionsbüro vorliegen, über das final der Promotionsausschuss zu entscheiden hat. *

- ☐ Dieser Umstand ist mir bekannt und das notwendige Abschlusszeugnis wird umgehend nachgereicht.

32. Wo befindet sich die Hochschule, an der Sie den zur Promotion berechtigenden Abschluss erworben haben? *

- ☐ in Deutschland
- ☐ in einem anderen Land

33. Wie lautet die Hochschule *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschulschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.muc-t.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

34. In welchem Land haben Sie den zur Promotion berechtigenden Abschluss erworben? *

- ☐ 000 Deutschland
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 125 Bulgarien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 157 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation, auch Russland
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ 475 Syrien
- ☐ andere

35. Bitte geben Sie den Länderschlüssel des Landes an, in dem Sie den zur Promotion berechtigenden Abschluss erworben haben. *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Byw>

36. Bei einem ausländischen Hochschulabschluss muss vor der Annahme durch den Promotionsausschuss eine Gleichwertigkeit durch den Kandidaten oder die Kandidatin bei der zuständigen Landesbehörde beantragt werden. *

- ☐ Habe ich verstanden und werde ich im Vorfeld zusenden.

37. Wie lautete das erste Studienfach? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Studienfachschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/8X2njBfPXDYaBiA>

38. Welche Art der (Abschluss-)Prüfung haben Sie in Ihrem Hochschulstudium absolviert? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Schlüssels für Abschlussprüfungen unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/DrZ3HWMEAltX44N>

Beispiel 1: Sie haben einen Master an einer Universität erworben = 788
Beispiel 2: Sie haben ein Staatsexamen in Ihrem Erststudium an einer Universität erworben (kein Lehramt) = 108
Beispiel 3: Sie haben ein Diplom in Ihrem Erststudium an einer Universität erworben = 111

39. In welchem Monat haben Sie den Prüfungsabschluss erworben? *

☐ 06

☐ 09

☐ 02

☐ 01

☐ 05

☐ 03

☐ 04

☐ 07

☐ 10

☐ 11

☐ 12

☐ 08

40. In welchem Jahr haben Sie den Prüfungsabschluss erworben? *

4-stellige Zahl (Beispiel: 2005)

41. Welche Gesamtnote haben Sie erworben? *

Für $\leq 1,5$ bitte 1 eingeben; für $> 1,5 - 2,5$ bitte 2 eingeben; für $> 2,5 - 3,5$ bitte 3 eingeben; für $> 3,5 - 4$ bitte 4 eingeben

Hochschulzugangsberechtigung

42. In welchem Jahr haben Sie Ihre erste Hochschulzugangsberechtigung erworben? *

4-stellige Zahl (Beispiel: 2005)

43. Welche Art der Hochschulzugangsberechtigung haben Sie erworben? *

- ☐ 03 Allgemeine Hochschulreife (Abitur) am Gymnasium
- ☐ 48 Fachgebundene Hochschulreife an Fachoberschule (nach Besuch der Klassenstufe 13)
- ☐ 73 Fachhochschulreife an Fachschule (z. B. Meisterschule oder Berufsakademie)
- ☐ Andere

44. Welche alternative Art der Hochschulzugangsberechtigung haben Sie erworben? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Schlüssels für Hochschulzugangsberechtigungen unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/cafnXWN2bAGmfOX>

45. Haben Sie die Hochschulzugangsberechtigung in Deutschland erworben? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

46. In welchem Bundesland haben Sie die Hochschulzugangsberechtigung erworben? *

- ☐ 08 Baden-Württemberg
- ☐ 09 Bayern
- ☐ 11 Berlin
- ☐ 12 Brandenburg
- ☐ 04 Bremen
- ☐ 02 Hamburg
- ☐ 06 Hessen
- ☐ 13 Mecklenburg-Vorpommern
- ☐ 03 Niedersachsen
- ☐ 05 Nordrhein-Westfalen
- ☐ 07 Rheinland-Pfalz
- ☐ 10 Saarland
- ☐ 14 Sachsen
- ☐ 15 Sachsen-Anhalt
- ☐ 01 Schleswig-Holstein
- ☐ 16 Thüringen

47. In welchem Landkreis oder kreisfreien Stadt haben Sie Ihre Hochschulzugangsberechtigung erworben? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Kreisschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/zZzNsa9A8XpHxFG>

48. In welchem Land haben Sie Ihre Hochschulzugangsberechtigung erworben? *

- ☐ 124 Bulgarien
- ☐ 124 Belgien
- ☐ 479 China
- ☐ 137 Italien
- ☐ 148 Niederlande
- ☐ 151 Österreich
- ☐ 152 Polen
- ☐ 160 Russische Föderation (auch Russland)
- ☐ 161 Spanien
- ☐ 168 Vereinigtes Königreich (Großbritannien)
- ☐ 368 Vereinigte Staaten (von Amerika), auch USA
- ☐ Andere

49. Bitte geben Sie den dreistelligen Ländercode des Landes ein, in dem Sie Ihre Hochschulzugangsberechtigung erworben haben? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iyp5gZg9y5Ryw>

Informationen zur Promotionstätigkeit

50. Bitte geben Sie an, ob die Promotion an der MUL - CT angestrebt wird? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

51. An welcher Hochschule streben Sie die Promotion an? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschulschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

52. Welche Art der Promotion streben Sie an? *

- ☐ Promotion an der MUL-CT (einschl. Kooperation mit anderer Universität in Deutschland)
- ☐ Promotion an der MUL-CT in Kooperation mit Universität im Ausland
- ☐ Promotion an der MUL-CT in Kooperation mit Fachhochschule
- ☐ Promotion an der MUL-CT in Kooperation mit Forschungseinrichtung
- ☐ Promotion an der MUL-CT in Kooperation mit Wirtschaft oder sonstiger Einrichtung

53. Ist ein Kooperationspartner in Ihrem Promotionsvorhaben involviert? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

54. Welcher Kooperationspartner ist in Ihrem Promotionsvorhaben involviert? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschulschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

55. Welcher Kooperationspartner ist in Ihrem Promotionsvorhaben involviert? *

Forschungseinrichtung, Wirtschaftspartner oder Sonstige Einrichtung

56. In welchem Land befindet sich der Kooperationspartner? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Länderschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/5iymp5gZg9y5Ryw>

57. Bitte geben Sie das Promotionsfach an, in dem das Vorhaben verortet ist. *

- ☐ 009 Anthropologie (Humanbiologie)
- ☐ 025 Biochemie
- ☐ 107 Medizin (Allgemein-Medizin)
- ☐ 195 Gesundheitspädagogik
- ☐ 232 Gesundheitswissenschaft/-management
- ☐ 234 Pflegewissenschaft/-management
- ☐ 300 Biomedizin
- ☐ 549 Ergotherapie
- ☐ 550 Hebammenwissenschaft
- ☐ 551 Logopädie/Sprachtherapie
- ☐ 552 Physiotherapie
- ☐ Andere

58. Welches Promotionsfach streben Sie an? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Studienfachschrüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/8X2njBfPXDYaBiA>

59. Bitte geben Sie das Forschungsfeld Ihres Promotionsvorhabens an. *

Bitte nutzen Sie dazu die 3-stellige ID (KDSF 2.0) an: https://kerndatensatz-forschung.de/kdsf_standard/persistent.php?id=Klassif-L-19

60. In welchem Fachgebiet der MUL - CT streben Sie die Promotion an? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

61. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, in dem Sie eine Promotion anstreben? *

62. Bitte geben Sie die Art der Registrierung als Promovierende*r an. *

- ☐ Erstregistrierung
- ☐ Neuregistrierung
- ☐ Aktive Fortsetzung
- ☐ Beurlaubung / Unterbrechung
- ☐ Abschluss der Promotion (bestanden oder endgültig nicht bestanden)
- ☐ Abbruch der Promotion

63. Absolvieren Sie ein strukturiertes Promotionsprogramm? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

64. Bitte geben Sie den Namen des strukturierten Promotionsprogramms an. *

65. Sind Sie an der MUL - CT immatrikuliert? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

66. Wie lautet Ihre Matrikelnummer? *

67. Besteht ein Beschäftigungsverhältnis an der MUL - CT? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

68. Welches Beschäftigungsverhältnis haben Sie an der MUL - CT? *

- ☐ Wissenschaftliches & künstlerisches Personal
- ☐ Wissenschaftsunterstützendes Personal
- ☐ Verwaltungspersonal
- ☐ Auszubildende
- ☐ Praktikant*in
- ☐ Sonstige Verwaltungs- und technisches Personal
- ☐ Sonstiges wissenschaftliches & künstlerisches Personal
- ☐ Extern
- ☐ Sonstiges

69. Welche Tätigkeitsart liegt bei Ihnen vor? *

- ☐ Hauptberuflich / Im Hauptamt
- ☐ Nebenberuflich / Im Nebenamt

70. Im Rahmen der Anmeldung des Promotionsvorhabens verpflichten Sie sich zur Anmeldung als Gastwissenschaftler*in. Eine Bestätigung ist den restlichen nachzureichenden Dokumenten beizulegen. *

- ☐ Ja, ist mir bekannt und habe ich verstanden.

71. Bitte geben Sie den Monat des angestrebten Promotionsbeginns an. *

- ☐ 01
- ☐ 02
- ☐ 03
- ☐ 04
- ☐ 05
- ☐ 06
- ☒ 07
- ☐ 08
- ☐ 09
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12

72. Bitte geben Sie das Jahr des angestrebten Promotionsbeginns an. *

73. Bitte geben Sie den Monat des angestrebten Promotionsendes an. *

- ☐ 01
- ☐ 02
- ☐ 03
- ☐ 04
- ☐ 05
- ☐ 06
- ☐ 07
- ☐ 08
- ☐ 09
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12

74. Bitte geben Sie das Jahr des angestrebten Promotionsendes an. *

75. Wie viele Stunden pro Woche planen Sie für das Promotionsvorhaben aufzuwenden? *

Bitte den Wert als Zahl angeben.

76. Wie viele Tage pro Monat planen Sie für das Promotionsvorhaben aufzuwenden? *

Bitte den Wert als Zahl angeben.

77. Wie viele Monate sind für die gesamte Bearbeitungszeit des Promotionsvorhabens eingeplant? *

Bitte den Wert als Zahl angeben.

78. Ist ein Freisemester ausschließlich zur Forschung voraussichtlich nötig bzw. eingeplant? *

☐ Ja

☐ Nein

79. Das Freisemester ist mit folgendem Monatsumfang geplant. *

Bitte die Zahl der Monate eingeben

80. Bitte geben Sie die Finanzierung des Promotionsvorhabens an. *

☐ durch Grundmittel / Institutionelle Mittel

☐ durch Drittmittel

☐ durch Sondermittel

☐ durch sonstige Mittel

☐ durch Mischfinanzierung

☐ durch externe Finanzierung

☐ gar nicht

81. Sind Sie im Rahmen Ihres Promotionsvorhabens in einem finanziell geförderten Projekt beteiligt? *

- ☐ Ja
- ☐ Nein

82. Bitte geben Sie das Förderkennzeichen des Projektes an. *

83. Welche Position nehmen Sie innerhalb des Projektes ein? *

- ☐ Antragsteller*in
- ☐ Sprecher*in
- ☐ Projektleiter*in
- ☐ Projektkoordinator*in
- ☐ Wissenschaftliche*r Mitarbeiter*in
- ☐ Wissenschaftliche Hilfskraft
- ☐ Studentische Hilfskraft
- ☐ Gastwissenschaftler*in
- ☐ Sonstiges

84. Bitte geben Sie Ihre Position innerhalb des Projektes an. *

85. Wann haben Sie die Position als Sprecher*in aufgenommen? *

86. Wann endet voraussichtlich die Position als Sprecher*in? *

87. Wann haben Sie die Beteiligung am Projekt aufgenommen? *

88. Wann beenden Sie die Beteiligung am Projekt? *



Ansichtsexemplar

Informationen zur Arbeit

89. Welchen Doktorgrad streben Sie an? *

- ☐ Dr. med.
- ☐ Dr. rer. medic.
- ☐ Ph.D.

90. Mir ist bewusst, dass die Promotion zum Ph.D. zusätzlich eine erfolgreiche Teilnahme an einem hochschulinternen Auswahlverfahren erfordert. *

- ☐ Ist mir bewusst und werde ich beantragen

91. Welche Art der Dissertation streben Sie an? *

- ☐ Monografie
- ☐ publikationsbasierte / kumulative Dissertation

92. Mir ist bewusst, dass eine publikationsbasierte Dissertation mindestens eine (bei Ph.D. zwei) Erstautorenschaft(en) und eine weitere Mitautorenschaft in international anerkannten Fachzeitschriften mit Peer-Review-Verfahren voraussetzt. *

- ☐ Ja, ist mir bewusst und werde ich vorweisen

93. In welcher Sprache wird die Dissertation verfasst? *

- ☐ deutsch
- ☐ englisch

94. Wie lautet der Arbeitstitel des Promotionsvorhabens und späteren Dissertation? *

Bitte beschränken Sie sich auf maximal 250 Zeichen (inklusive Leerzeichen) ein.

95. Bitte geben Sie eine Kurzbeschreibung des Promotionsvorhabens an. *

Bitte beschränken Sie sich auf maximal 4000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) ein.

96. Bitte erläutern Sie die Fragestellung, Hypothesen und Arbeitsziele des Promotionsvorhabens.

*

Bitte schränken Sie sich auf maximal 1000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) ein.

97. Bitte geben Sie Vorergebnisse und bereits etablierte Methoden zum Promotionsvorhaben an.

*

Bitte schränken Sie sich auf maximal 2000 Zeichen (inklusive Leerzeichen) ein. Sie können hierbei auch gern auf bereits veröffentlichte Arbeiten von Ihnen oder der aufnehmenden Einrichtung verweisen.

98. Wenn Experimente mit Tieren durchgeführt werden, ist eine Genehmigung der zuständigen Behörde notwendig. *

Eine Genehmigung...

- ☐ liegt vor.
- ☐ wird von der erstbetreuenden Person beantragt.
- ☐ nicht zutreffend, da keine Experimente mit Tieren durchgeführt werden.

99. Werden Untersuchungen am Menschen, mit menschlichem Material oder mit personenbezogenen Daten (d. h. Erhebung und/oder Auswertung von Daten, wie z. B. Behandlungsdaten) durchgeführt, so muss vor Beginn der Untersuchung das Votum der zuständigen medizinischen Ethikkommission eingeholt werden. Dies umfasst auch retrospektive Auswertungen. Die Rahmenbedingungen für eine ordnungsgemäße Studiendurchführung sind sicherzustellen. Eine (nachgeholte) Beratung durch die Ethikkommission nach Abschluss der Arbeit ist nicht möglich. *

Votum...

- ☐ liegt vor.
- ☐ wird von erstbetreuender Person beantragt.
- ☐ nicht zutreffend.

Betreuende Personen

Die nachfolgenden Angaben sind erforderlich, um Ihr Promotionsvorhaben an der Medizinischen Universität Lausitz - Car Thiem zu ermöglichen. In dieser Promotionsvereinbarung werden die Rahmenbedingungen und Absprachen hinsichtlich der Durchführung Ihres Promotionsvorhabens festgelegt. Der Abschluss der Promotionsvereinbarung ist nach § 4 Absatz 7 der Promotionsordnung (2025) formale Bedingung für den Beginn der Arbeit an Ihrem Promotionsvorhaben.

Ansichtsexemplar

Angaben des/der Erstbetreuer*in

100. Bitte geben den/die Vorname(n) an. *

101. Bitte geben den Nachnamen an. *

102. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

103. An welcher Hochschule ist der/die Erstbetreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

104. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die Erstbetreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

105. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die Erstbetreuende verortet ist. *

106. An welcher Hochschule ist der/die Erstbetreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschulschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYgySjkZZm22tLs>

107. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der Erstbetreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

108. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der Erstbetreuenden an. *

109. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der Erstbetreuenden an. *

Ansichtsexemplar

Angaben des/der Zweitbetreuer*in

110. Bitte geben den/die Vorname(n) an. *

111. Bitte geben den Nachnamen an. *

112. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

113. An welcher Hochschule ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

114. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

115. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die Zweitbetreuende verortet ist. *

116. An welcher Hochschule ist der/die Zweitbetreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschulschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

117. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der Zweitbetreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

118. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der Zweitbetreuenden an. *

119. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der Zweitbetreuenden an. *

120. Sind weitere betreuende Personen vorgesehen? *

☐ Ja

☐ Nein

Informationen zu weiteren Betreuenden

121. Bitte geben Sie den/die Vorname(n) an. *

122. Bitte geben Sie den Nachnamen an. *

123. Akademischer Grad *

- ☐ Professur
- ☐ Habilitation
- ☐ Privatdozent*in
- ☐ Promotion

124. An welcher Hochschule ist der/die weitere Betreuende verortet? *

- ☐ MUL - CT
- ☐ Andere Hochschule

125. In welchem Fachgebiet der MUL - CT ist der/die weitere Betreuende verortet? *

- ☐ Anästhesiologie, Intensivtherapie & Palliativmedizin
- ☐ Augenheilkunde
- ☐ Brustzentrum
- ☐ Chest Pain Unit
- ☐ Chirurgie
- ☐ Darmkrebszentrum
- ☐ Dermatologie, Venerologie & Allergologie
- ☐ Diabetiszentrum
- ☐ Diabetologie
- ☐ Dysplasie-Einheit
- ☐ Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung
- ☐ Frauenheilkunde
- ☐ Gastroenterologie & Rheumatologie
- ☐ Geburtshilfe
- ☐ Geriatrie
- ☐ Gynäkologisches Krebszentrum
- ☐ Hämatologie, Onkologie & Nephrologie
- ☐ HNO-Krankheiten, Kopf- & Halschirurgie
- ☐ Interdisziplinäres Schädelbasiszentrum
- ☐ Kardiologie, Rhythmologie & Angiologie
- ☐ Kinder- & Jugendmedizin
- ☐ Kopf-Hals-Tumor-Zentrum
- ☐ Laboratoriumsmedizin
- ☐ Mikrobiologie & Krankenhaushygiene
- ☐ Mund-, Kiefer-, Gesichts-, Rekonstruktive & Plastische Chirurgie
- ☐ Nephrologie
- ☐ Neurochirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Notfallmedizinisches Zentrum
- ☐ Nuklearmedizin

- ☐ Orthopädie
- ☐ Pankreaskrebszentrum
- ☐ Pathologie
- ☐ Perinatalzentrum Level 1
- ☐ Pneumologie
- ☐ Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatik
- ☐ Radiologie & Neuroradiologie
- ☐ Radioonkologie & Strahlentherapie
- ☐ Roboter-Assistierte Chirurgie
- ☐ Sonstige Gastrointestinale Tumore
- ☐ Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Tumorzentrum Lausitz - Onkologisches Zentrum
- ☐ Überregionales Traumazentrum
- ☐ Unfall-, Wiederherstellungs- & Handchirurgie
- ☐ Urologie & Kinderurologie
- ☐ Uro-onkologisches Zentrum
- ☐ Viszeralonkologisches Zentrum
- ☐ Wirbelsäulenzentrum
- ☐ Wundzentrum
- ☐ Zentrale Notaufnahme
- ☐ Zentrum für Fuß- & Sprunggelenkchirurgie
- ☐ Zentrum für Hämatologische Neoplasien
- ☐ Zentrum für Seltene & Ungeklärte Erkrankungen
- ☐ Andere

126. Bitte geben Sie das Fachgebiet der MUL - CT an, wo der/die weitere Betreuende verortet ist.

*

127. An welcher Hochschule ist der/die weitere Betreuende verortet? *

Bitte nutzen Sie die Signatur des Hochschlüssels unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/bYqySjkZZm22tLs>

128. Bitte geben Sie die Dienstanschrift des/der weiteren Betreuenden an. *

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt Land)

129. Bitte geben Sie eine Telefonnummer (Diensttelefon) des/der weiteren Betreuenden an. *

130. Bitte geben Sie eine E-Mail Adresse des/der weiteren Betreuenden an. *

Betreuungsvereinbarungen

131. Bitte geben Sie den Turnus an, in dem Sie einen regelmäßigen fachlichen Austausch mit Ihren Betreuenden planen? *

Treffen in regelmäßigen Zeitabständen sind zu definieren. Angaben wie "Bei Bedarf" oder ähnliches werden nicht akzeptiert.

132. Bitte geben Sie den Arbeits- und Zeitplan für das angestrebte Promotionsvorhaben an, den Sie mit den Betreuenden vereinbart haben. *

133. Bitte geben Sie die Vereinbarungen an, die Sie mit den Betreuenden hinsichtlich möglicher begleitender Qualifikationsmaßnahmen und überfachlicher Qualifikationsveranstaltungen während des Zeitraums des Promotionsvorhabens wahrnehmen können/sollen. *

134. Hiermit verpflichte ich mich zur Teilnahme an Angeboten zur Organisation, Methodik, Kommunikation und Leitung in der Wissenschaft sowie Angeboten zur fachlichen Vertiefung im Forschungsbereich und weiteren geeigneten Kursangeboten, einschließlich Doktorandenkolloquien, Veranstaltungen zur guten wissenschaftlichen Praxis, zur wissenschaftlichen Interpretation von Studien- und Testergebnissen sowie Risikokompetenz. *

☐ Hiermit bestätige ich diese Verpflichtung

135. Hiermit verpflichte ich mich, die Vorschriften und Regelungen der MUL - CT einzuhalten. Außerdem verpflichte ich mich, das beschriebene Promotionsvorhaben in angemessen zügiger Form zu bearbeiten. In regelmäßigen Abständen sind Vorbereitungen, Durchführungen und Fortschritte des Promotionsprojekts an die Betreuenden zu berichten. Auf Verlangen der Betreuenden werden Leistungsnachweise und Teilergebnisse vorgelegt. Des Weiteren nehme ich regelmäßig an Arbeitsgruppen- bzw. Institutsseminaren teil. *

☐ Hiermit bestätige ich diese Verpflichtung.

136. Hiermit erkenne ich die Promotionsordnung der Medizinischen Universität Lausitz - Carl Thiem (MUL - CT) vom 06.06.2025 an und befolge die darin beschlossenen Satzungen. *

☐ Ja, erkenne ich an.

137. Der/Die Doktorand*in und die Betreuenden erklären hiermit, sich im angegebenen Turnus über den Projektfortschritt fachlich auszutauschen. Die Betreuenden unterstützen weiterhin die wissenschaftliche Selbstständigkeit des/der Promovierenden in angemessener Weise. Alle Unterzeichnenden verpflichten sich zur Einhaltung der Richtlinien zur guten wissenschaftlichen Praxis. Das Betreuungsverhältnis besteht bis zur Beendigung des Promotionsprozesses. Eine Aufkündigung des Betreuungsverhältnisses muss begründet beim Vorsitzenden der Promotionskommission eingereicht werden. *

☐ Gelesen und verstanden

138. Der/Die Doktorand*in und die Betreuenden erklären hiermit, den Fortschritt der Arbeit in zuvor festgelegten regelmäßigen Betreuungsgesprächen zu besprechen und schriftlich festzuhalten. In begründeten Fällen können die Betreuungsgespräche auch durch den/die Zweitbetreuer*in durchgeführt werden. Sowohl die schriftlichen Dokumentationen der Betreuungsgespräche als auch die Nachweise über die Erfüllung der in der Promotionsvereinbarung festgelegten Maßnahmen sind Voraussetzungen zur Eröffnung des Promotionsverfahrens und sind dem Promotionsausschuss über das Online-Formular "Eröffnung des Promotionsverfahrens" vorzulegen.

139. Die Betreuenden verpflichten sich, dem Doktoranden bzw. der Doktorandin mit einer fachlichen Beratung zur Verfügung zu stehen und einen zügigen Fortgang zu ermöglichen. Des Weiteren sorgen die Betreuenden für adäquate Räumlichkeiten und für das Vorhaben notwendige Ausstattungen. In diesem Zusammenhang wird dafür Sorge getragen, dass für das Promotionsvorhaben notwendige Genehmigungen eingeholt und Vorschriften eingehalten werden.

140. Die Betreuenden verpflichten sich, die Vereinbarkeit von Familie und wissenschaftlicher Tätigkeit zu unterstützen. Spezielle Fördermaßnahmen werden nach Bedarf vereinbart und sollen hier aufgeführt werden.

141. Alle Beteiligten, die in dem Promotionsvorhaben involviert sind, bemühen sich bei Meinungsverschiedenheiten oder Konflikten um eine einvernehmliche Lösungsfindung. In Bedarfsfällen ist die Ombudsstelle der MUL-CT hinzuzuziehen.

142. Die Promotionsvereinbarung kann in gegenseitigem Einvernehmen der Beteiligten aufgelöst werden. Die einseitige Kündigung muss in schriftlicher Form erfolgen. Die Beendigung der Promotionsvereinbarung muss dem Promotionsausschuss gemeldet werden. Im Fall einer Ablehnung des Promotionskandidaten bzw. der Promotionskandidatin durch den Promotionsausschuss wird die Promotionsvereinbarung aufgelöst. Dies ist auch der Fall, nachdem Veröffentlichungspflicht vollzogen wurde.

143. Sollte ein Teil der Promotionsvereinbarung ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, berührt dieser Umstand nicht die Wirksamkeit der restlichen enthaltenen Vereinbarungen des Dokuments. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Absprache soll dann eine solche als vereinbart gelten, die dem Sinn und Zweck der Promotionsvereinbarung am nächsten kommt. Gleiches gilt, soweit sich herausstellt, dass die Promotionsvereinbarung eine Regelungslücke enthält.

144. Mit Ihrer Einwilligung stimmen Sie der Erhebung, Auswertung und Speicherung der Daten für einen Zeitraum von 10 Jahren ab dem Zeitpunkt Ihrer Einwilligung zu, es sei denn, es gelten andere gesetzliche Vorschriften.
Die dazu gehörigen Datenschutz-Informationspflichten finden Sie unter folgendem Link: <https://cloud.mul-ct.de/index.php/s/A4B3bBWWCmkEEyT> *

☐ Ja, ich stimme zu.

145. Neben den bereits angegebenen Informationen übermitteln Sie bitte zusätzlich folgende Dokumente an die E-Mail Adresse promotionsbuero@mul-ct.de: eine Kopie Ihrer zur Promotion berechtigenden Hochschulabschlussprüfung und einen tabellarischen, chronologischen und eigenhändig unterschriebenen Lebenslauf *

☐ Habe ich gelesen und werde ich übermitteln

146. Nachdem Sie nun das Anmeldeformular vollständig ausgefüllt haben, folgen Sie bitte den folgenden Anweisungen:

- 1) Nach dem erfolgreichen Ausfüllen und Abschicken des Anmeldeformulars erstellen und speichern Sie bitte Formular zur Dokumentation ab.
- 2) Die Eintragungen werden durch das Promotionsbüro geprüft. Sollten unzureichende Angaben vorgenommen worden sein, nimmt das Promotionsbüro Kontakt mit Ihnen auf.
- 3) Wenn die Eingaben formal korrekt und ausreichend sind, wird dies Ihnen das Promotionsbüro bestätigen und das Registrierungsformular als pdf-Datei übermitteln.

4) Bitte unterschreiben sowohl

Sie selbst, als auch die erst- und zweitbetreuenden Personen des Promotionsvorhabens das vom Promotionsbüro übermittelte Anmeldeformular und übermitteln Sie es zurück zum Promotionsbüro.

5) Nachdem auch die universitätsvertretende Person das Dokument unterschrieben hat, gilt die Promotionsvereinbarung als angenommen.

6) In der Zwischenzeit werden die promotionsrelevanten Datensätze aus dem vom Promotionsbüro akzeptierten Registrierungsformular durch den Promotionsausschuss gesichtet und zur Abstimmung gebracht. Im Fall einer Zustimmung des Promotionsvorhabens durch den Promotionsausschuss und bei Vorliegen des von allen Parteien unterschriebenen und vom Promotionsbüro akzeptierten Registrierungsformulars, werden Sie schriftlich über die Annahme als Doktorand*in an der MUL - CT informiert. *

☐ Ja, habe ich gelesen und verstanden

147. Datum und Unterschrift des Kandidaten oder der Kandidatin

Bitte erst unterschreiben, wenn Sie das Formular vom Promotionsbüro nach erfolgreicher formaler Kontrolle zurück übermitteln bekommen haben.

148. Datum und Unterschrift der erstbetreuenden Person

Bitte erst unterschreiben, wenn Sie das Formular vom Promotionsbüro nach erfolgreicher formaler Kontrolle zurück übermitteln bekommen haben.

149. Datum und Unterschrift der zweitbetreuenden Person

Bitte erst unterschreiben, wenn Sie das Formular vom Promotionsbüro nach erfolgreicher formaler Kontrolle zurück übermitteln bekommen haben.

150. Datum und Unterschrift der universitätsvertretenden Person

Bitte erst unterschreiben, wenn Sie das Formular vom Promotionsbüro nach erfolgreicher formaler Kontrolle zurück übermitteln bekommen haben.

Dieser Inhalt wurde von Microsoft weder erstellt noch gebilligt. Die von Ihnen übermittelten Daten werden an den Formulareigentümer gesendet.



Microsoft Forms