**Kurzbewerbungsbogen für die W\_\_ Professur für** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Angaben** |  | | | | | |
| Name, Vorname |  | | | | | |
| Titel |  | | | | | |
| Geburtsdatum, -ort |  | | | | | |
| Alter |  | | | | | |
| Behindertenstatus  *(Angabe freiwillig)* | ja *(bitte Nachweise beilegen)*  nein | | | | | |
| Geschlecht |  | | | | | |
| Staatsangehörigkeit |  | | | | | |
| Privatadresse  Telefon / E-Mail |  | | | | | |
| Dienstadresse  Telefon / E-Mail |  | | | | | |
| **Bezeichnung der derzeitigen Einrichtung** |  | | | | | |
| derzeitige Position |  | | | | | |
| Berufsjahre insgesamt |  | | | | | |
| davon mit Leitungsfunktion  (Art der Funktion) |  | | | | | |
| **Wissenschaftlicher Werdegang** | | | | | | |
| **Hochschulstudium**  Bezeichnung / Zeit / Universität, Ort / Abschluss / Note |  | | | | | |
| **Promotion**  Jahr / Universität / akadem. Grad /  Titel der Promotionsschrift  Prädikat |  | | | | | |
| **Habilitation**  Jahr / Universität / akadem. Grad  Fachgebiet der Habilitation  Titel der Habilitationsschrift  bzw. Darstellung gleichwertiger wiss. Leistungen |  | | | | | |
| **Facharztanerkennungen**  Fachgebiet / Jahr / Universität |  | | | | | |
| Schwerpunkt-/ Zusatzbezeichnungen |  | | | | | |
| **Publikationen[[1]](#footnote-1)** | **Anzahl Originalarbeiten (gesamt)** | | | |  | |
| davonErst-/Letztautor | | | |  | |
| h-Faktor (nach Web of Science) | | | |  | |
| **Gesamt IF-Originalarbeiten** (kumulativer IF) | | | |  | |
| **davon in den letzten 5 Jahren:** | | | | | |
| Gesamt IF-Originalarbeiten | | | |  | |
| Mean IF-Originalarbeiten | | | |  | |
| höchster IF-Originalarbeiten | | | |  | |
| Anzahl der Originalarbeiten als Erst-/ Letztautor | | | |  | |
| höchster IF als Erst-/Letztautor | | | |  | |
| **Weitere Publikationen:** | | | | | |
| Anzahl Abstracts | | | |  | |
| Anzahl Übersichtsarbeiten | | | |  | |
| Anzahl Buchbeiträge | | | |  | |
| Anzahl Bücher | | | |  | |
| **Patente** | Anzahl Patente | | | |  | |
| **Drittmittel** (nur eigene) |  | | | **Summe** | | |
| Drittmittelgeber: DFG, Bund, EU | | |  | | |
| Drittmittelgeber: Land, Stiftungen | | |  | | |
| Industriemittel | | |  | | |
| davon transferierbare Drittmittel | | |  | | |
| **Forschungsschwerpunkte**  (max. 3) |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **akademische Auslandsaufenthalte** |  | | | | | |
| **Stipendien / Auszeichnungen** |  | | | | | |
| **bisher erhaltene Rufe / Listenplätze**  Wertigkeit / Denomination / Universität / Jahr |  | | | | | |
| **Lehre** | | | | | | |
| **in der universitären**  **Lehre tätig seit (Jahr):** |  | | | | | |
| **Übersicht nach Studiengang,**  **Art der Lehrveranstaltung, Umfang (SWS)** | **Art der Lehrveranstaltung / Studiengang** | | | | | **SWS** |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| hochschuldidaktische Weiterbildungen |  | | | | | |
| POL-Kurse |  | | | | | |
| eigenständige Lehrprojekte / Innovationen |  | | | | | |
| Betreuung von Dissertationen | abgeschlossen: | | laufend: | | | |
| **Krankenversorgung** | | | | | | |
| **klinische Schwerpunkte**  (max. 3) |  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| **OP-Katalog**  (nur bei operativen Fächern; bitte als Anlage beifügen) |  | | | | | |
| **Sonstiges** | | | | | | |
| **Gutachtertätigkeiten** | DFG |  | | | | |
| Stiftungen |  | | | | |
| Dissertationen |  | | | | |
| Habilitationen |  | | | | |
| Weiteres |  | | | | |
| **Mitarbeit in Gremien der akademischen Selbstverwaltung u. Ä.** |  | | | | | |

Hinweis:

Alle geforderten Angaben dienen zur Kurzinformation. Aus diesem Grund sollten die von Ihnen gemachten Angaben den Umfang von zwei bis drei Seiten nicht überschreiten. Bitte übersenden Sie die ausgefüllte Kurzbewerbung per E-Mail als Word-Dokument an

[berufungen@medizin.uni-leipzig.de](mailto:MB-Dekanat-MedFak@medizin.uni-leipzig.de)

und zusätzlich, mit Ihrer Unterschrift versehen, per Post oder E-Mail zusammen mit Ihren Bewerbungsunterlagen an den

Dekan der Medizinischen Fakultät

Universität Leipzig

Professor Dr. med. Ingo Bechmann

Liebigstraße 27

04103 Leipzig

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

1. IF aus dem Jahr der Veröffentlichung [↑](#footnote-ref-1)