

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

**(Die Angaben werden auf der DVO Webseite veröffentlicht)**

## Angaben zum koordinierenden Antragsteller / Antragstellerin \*

<b>Name des koordinierenden Antragstellers / Antragstellerin</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Einrichtung ist zertifiziertes osteologisches Schwerpunktzentrum DVO**</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> In der Antragsphase
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ    Ort</b>	
<b>Bundesland / Kanton</b>	
<b>Land</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift koordinierender Antragsteller/ Stempel

\* zur einfacheren Darstellung wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet

\*\* Übergangs- und Äquivalenzregelungen für Österreich und die Schweiz (siehe Definition Osteologische Forschungszentren DVO)

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

**Angaben zum Leiter / Leiterin\* des Schwerpunktzentrums Osteologie DVO  
(sofern nicht gleichzeitig koordinierender Antragsteller).**

<b>Name des Leiters des Schwerpunktzentrums Osteologie DVO</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Einrichtung ist zertifiziertes osteologisches Schwerpunktzentrum DVO*</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> In der Antragsphase

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter Schwerpunktzentrum DVO / Stempel

## Die Anerkennung wird für folgende Sparten beantragt:

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Klinische osteologische Forschung (wenn beantragt, bitte Angaben auf S. 3 machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Experimentelle osteologische Forschung (wenn beantragt, bitte Angaben auf S. 4 machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Methodenentwicklung für osteologische Forschung (wenn beantragt, bitte Angaben auf S. 5 machen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Anlagen

- Publikationslisten
- Zertifizierung „Good Clinical Practice (GCP)“
- Zertifizierung Osteologe DVO\*\*
- Zertifizierung Osteologisches Schwerpunktzentrum\*\*

\* zur einfacheren Darstellung wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet

\*\* Übergangs- und Äquivalenzregelungen für Österreich und die Schweiz (siehe Definition Osteologische Forschungszentren DVO)

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

## Angaben zum Antragsteller für die Sparte klinische osteologische Forschung

<b>Name</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Bundesland / Kanton</b>	
<b>Land</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	

1. Die Einrichtung bzw. Kooperation hat klinische osteologische Studien durchgeführt und ist aktuell durch die Zertifizierung „Good Clinical Practice (GCP)“ ausgewiesen.

Ja, entsprechend der beiliegenden Zertifizierung  Nein

2. Antragsteller für klinische osteologische Forschung ist zertifizierter Osteologie DVO\*\*

Ja, entsprechend der beiliegenden Zertifizierung  Nein

3. 5 Publikationen aus den letzten 5 Jahren mit Erst- oder Letztautorenschaft hiesiger Mitarbeiter / Mitarbeiterinnen (Fokus auf *klinische* Forschung muss aus Titel deutlich werden, sonst Artikelkopie beilegen)

Ja, entsprechend der beiliegenden Publikationsliste  Nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Antragsteller klinische osteologische Forschung

\* zur einfacheren Darstellung wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet

\*\* Übergangs- und Äquivalenzregelungen für Österreich und die Schweiz (siehe Definition Osteologisches Forschungszentren DVO)

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

## Angaben zum Antragsteller für die Sparte experimentelle osteologische Forschung

<b>Name</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Bundesland / Kanton</b>	
<b>Land</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	

5 Publikationen aus den letzten 5 Jahren mit Erst- oder Letztautorenschaft hiesiger Mitarbeiter  
(Fokus auf *experimentelle* Forschung muss aus Titel deutlich werden, sonst Artikelkopie beilegen)

Ja, entsprechend der beiliegenden Publikationsliste       Nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Antragsteller experimentelle osteologische Forschung

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

## Angaben zum Antragsteller für die Sparte Methodenentwicklung für osteologische Forschung

<b>Name</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Strasse</b>	
<b>PLZ Ort</b>	
<b>Bundesland / Kanton</b>	
<b>Land</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>Fax</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	

5 Publikationen aus den letzten 5 Jahren mit Erst- oder Letztautorenschaft hiesiger Mitarbeiter  
(Fokus auf *Methodenentwicklung* muss aus Titel deutlich werden, sonst Artikelkopie beilegen)

Ja, entsprechend der beiliegenden Publikationsliste       Nein

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
Antragsteller Methodenentwicklung osteologische Forschung

# Antrag auf Anerkennung als Osteologisches Forschungszentrum



Per Fax: +49 (0)201/805-2717  
oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

## Weitere beteiligte Partner / Partnerinnen vor Ort:

### Partner 1

<b>Bezeichnung der kooperierenden Einrichtung</b>	
<b>Name des Leiters der kooperierenden Einrichtung</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtungstyp (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Ort</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	

### Partner 2

<b>Bezeichnung der kooperierenden Einrichtung</b>	
<b>Name des Leiters der kooperierenden Einrichtung</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtungstyp (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Ort</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Webadresse</b>	