

# Antrag auf Verlängerung der Anerkennung als Osteologisches Universitätsforschungszentrum



Per Post an: DVO-Büro / Bettina Baumann / Kaiser-Wilhelm-Straße 2 / 45276 Essen  
 Oder per Fax an: 0201 859 74 74 3  
 Oder per E-Mail an: info@dv-osteologie.de

## Angaben zum koordinierenden Antragsteller / Antragstellerin \*

(Die Angaben werden auf der DVO Webseite veröffentlicht)

<b>Name des koordinierenden Antragstellers</b>	
<b>Akademischer Titel</b>	
<b>Einrichtung (Klinik, Institut, Sektion, Abteilung, ...)</b>	
<b>Einrichtung mit Personal- und Budgethoheit</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<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 Verlängerung der Anerkennung als Osteologisches Universitätsforschungszentrum



Per Post an: DVO-Büro / Bettina Baumann / Kaiser-Wilhelm-Straße 2 / 45276 Essen  
 Oder per Fax an: 0201 859 74 74 3  
 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 / Osteologin 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 Verlängerung der Anerkennung als Osteologisches Universitätsforschungszentrum



Per Post an: DVO-Büro / Bettina Baumann / Kaiser-Wilhelm-Straße 2 / 45276 Essen  
 Oder per Fax an: 0201 859 74 74 3  
 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 Osteologe DVO \*\*

Ja, entsprechend der beiliegenden Zertifizierung  Nein

**3.** 5 Publikationen aus den letzten 5 Jahren mit Erst- oder Letztautorenschaft hiesiger Mitarbeiter (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 Osteologische Forschungszentren DVO)

**Antrag auf Anerkennung als  
Osteologisches Universitätsforschungszentrum**



**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 Universitätsforschungszentrum**



**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 Universitätsforschungszentrum**



**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>	