|  |
| --- |
| **FORMBLATT ZUR EINREICHUNG EINES PROJEKTVORHABENSbei derNATIONALEN VERSORGUNGSKONFERENZ HAUTKREBS** |
| **Projektnummer:** | *HF-Z-fortlaufend (wird von Eurice ausgefüllt)* | **Abwicklungszeitraum:** | *Projektmonat 1 – Projektmonat nn (keine Datumsangabe, sondern Projektlaufzeit angeben)* *Geplanter Projektstart: MM/YYYY*  |
| **Projekttitel:** | *max. 200 Zeichen (mit Leerzeichen)* |
| **Projektakronym:** |  |
| **Projektleiter:** | *Vorname/Zuname* | **Institution/Funktion** (des Projektleiters)**:** |  |
| **Beteiligte AG-Mitglieder:** | *Vorname/Zuname* | **Institution/Funktion** (der AG-Mitglieder)**:** |  |
|  | *pro AG-Mitglied bitte eine Zeile hinzufügen* |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Handlungsfeld:** |  | **Ziel:** |  |
| **Handlungsfeld-Koordinator:** | *Vorname/Zuname* |  |  |
| **Querschnitts-thema:** |  | **Verbindung zu weiteren Querschnittsthemen / Projekten:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beschreibung des Projektvorhabens** *(Hintergrund, Hypothese, Vorgehen)* |  |  |
| *Kurzzusammenfassung der geplanten Arbeiten max. 2.000 Zeichen (mit Leerzeichen). Orientieren Sie sich gerne an der Form eines Abstracts.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Projektziele** | **Zielgruppe(n)** |
| **Z.1:** | *z.B. Versorgungsstrukturen in dermatologischen Praxen verbessern* | *z.B. Bevölkerung allgemein, Patienten, behandelnde Ärzte, Mitglieder nicht-ärztlicher Berufe, Krankenkassen, Ärztekammern, Gesetzgeber* |
| **Z.2:** |  |  |
| **…** |  |  |
| **Z.n:** |  |  |

|  |
| --- |
| **Beschreibung der Arbeitsschritte** *(Welche konkreten Arbeitsschritte sind notwendig, um die definierten Projektziele zu erreichen?)* |
|  | **Titel** | **Abwicklungszeitraum** | **Hauptverantwortlicher** |
| **A.1:** |  | *Projektmonat n bis Projektmonat nn* | *Vorname/Zuname* |
| *Kurzbeschreibung, mögliche Risiken/besondere Herausforderungen*  |
| **A.2:** |  | *Projektmonat n bis Projektmonat nn* | *Vorname/Zuname* |
| *Kurzbeschreibung, mögliche Risiken/besondere Herausforderungen* |
| **A.3:** |  | *Projektmonat n bis Projektmonat nn* | *Vorname/Zuname* |
| *Kurzbeschreibung, mögliche Risiken/besondere Herausforderungen* |
| **A.4:** |  | *Projektmonat n bis Projektmonat nn* | *Vorname/Zuname* |
| *Kurzbeschreibung, mögliche Risiken/besondere Herausforderungen* |
| **A.5:** |  | *Projektmonat n bis Projektmonat nn* | *Vorname/Zuname* |
| *Kurzbeschreibung, mögliche Risiken/besondere Herausforderungen* |

|  |
| --- |
| **Konkrete Ergebnisse** *(Welche konkreten Ergebnisse resultieren aus den einzelnen Arbeitsschritten?)* |
| **E.1** |  |
| **…**  |  |
| **E.n** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Meilensteine** (ggf. gemeinsam mit Eurice auszufüllen) |  |  |  |  |
| **M.1** |  |
| **…**  |  |
| **M.n** |  |

|  |
| --- |
| **Kostenkalkulation** |
|  | **Titel** | **Budget** |
|  | *Bitte geben Sie an, wofür Mittel benötigt werden.* |  |
| **A.1**  |  | XXX€ |
| **A.2** |  | XXX€ |
| **A.3** |  | XXX€ |
| **A.4** |  | XXX€ |
| **A.5** |  | XXX€ |
|  | **Gesamtkosten** davon Eigenmittel**beantragte Mittel** | **XXX€**XXX€**XXX€** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Finanzierungsquelle(n)** | **Wird grundsätzlich eine Finanzierung benötigt?**  | **Durch wen wird die Finanzierung erfolgen?** |
| **FQ.1** | *Ja/nein* | *Name/Institution* |
| **FQ.2** |  |  |
| **…** |  |  |
| **FQ.n** |  |  |

Bei Fragen kontaktieren Sie uns, wir helfen Ihnen gerne weiter: info@nvkh.de