FACHBEREICH MEDIZIN DER GOETHE-UNIVERSITÄT FRANKFURT AM MAIN

**DER DEKAN**

Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main

#### Vertrauliche Stellungnahme über schriftliche Habilitationsleistungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name der /des Habilitandin / Habilitanden:** |  |  |
| **Name und Dienstadresse der / des Gutachterin / Gutachters:** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Wie beurteilen Sie im internationalen Vergleich die bisherigen Veröffentlichungen der Bewerberin/ des Bewerbers? (Qualität, Aktualität)** | | | | |
|  | | | | |
| 2. Wie würden Sie den (die) Antragsteller (in) international in der vergleichbaren Altersgruppe einstufen? Er (sie) gehört fachlich zu den besten | | | | |
| 50 % | 30 % | 20 % | 10 % | seiner (ihrer) Altersgruppe |

-2-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Kurze Schlussbewertung in Stichworten:** | | | |
|  | 3.a) | Forschungsthematik: | |
|  | 3 b) | Publikationsleistung: | |
|  | 3 c) | Allgemeines: | |
|  |  |  | |
| **4.** | | **Vorschlag über die Annahme der schriftlichen Habilitationsleistungen** | |
|  | 4.1. | Uneingeschränkte Annahme | |
|  |  |  | |
|  | 4.2. | Eingeschränkte Annahme mit Hinweis auf... | |
|  |  |  | |
|  | 4.3. | Ablehnung aus folgenden Gründen | |
|  |  | (Bitte im Falle einer Ablehnung das Votum ausführlich begründen). | |
|  | | | |
|  | | | |
| ........................................................................ | | | ....................................................................... |
| **(Datum)** | | | **(Unterschrift)** |