|  |
| --- |
| **Antragsformular für die Erstellung von Anträgen zu Förderbekanntmachungen gemäß § 92a Absatz 2 Satz 4 SGB V:Projekte zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien, für die in der Versorgung besonderer Bedarf besteht** |

*Hinweis: Bitte löschen Sie dieses Deckblatt. Diese Überschrift dient nur Ihrer Information. Beim Hochladen des Dokumentes in PT-Outline wird ein individuelles Deckblatt zu Ihrem Antrag automatisch generiert.*

1 Synopse *(max. 2 Seiten)*

|  |
| --- |
| **Allgemeine Informationen zum Projekt** |
| **(Gesamt)Projektleitung bzw. Konsortialführung/Antragsteller** |  |
| **Beteiligte Einrichtungen: Konsortialpartner/** **Kooperationspartner** | *Konsortialpartner:**Kooperationspartner:* |
| **Projekttitel/Akronym** |  |
| **Themenfeld** |  |
| **Beantragte Fördermittel** |  |
| **Beantragte Förderdauer** |  |
| **Leitlinie und Methodik** |
| **Art des Leitlinienprojekts** | **S3** | *[ ]  Neue Leitlinie**[ ]  Upgrade* ***oder****[ ] Update von AMWF-Register-Nr: ……* *[ ] partiell [ ]  komplett [ ]  Living Guideline* |
| **Anmeldung bei der AWMF** | *[ ]  erfolgt**[ ]  eingereicht am (Datum)* |
| **Ziele der Leitlinie** |  |
| **Verbindung zu vorhandenen Leitlinien** | *AWMF-Register-Nummer(n):* |
| **Versorgungsbereich** | *[ ]  ambulant [ ]  stationär [ ]  teilstationär* *[ ]  Prävention [ ]  Früherkennung [ ]  Diagnostik [ ]  Therapie [ ]  Rehabilitation**[ ]  Primärärztliche Versorgung [ ]  spezialärztliche Versorgung* |
| **Patientenzielgruppe** |  Erwachsene  Kinder-/Jugendliche |
| **Erkrankung/Adressaten der Leitlinie** |  |
| **Methodik** |  |
| **Falls zutreffend: Wiedereinreichung** |
|  |

2 Antragsteller

#### 2.1 Verantwortliche Personen/Beteiligte

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Institution** | **Telefon, Fax,** **E-Mail** | **Verantwortlichkeit/Rolle** |
|  |  |  | Projektleitung/Konsortialführung |
|  |  |  |  |
| …… |  |  |  |

#### 2.2 Erklärung

3 Projektziele

#### Zielsetzung und Fragestellung

4 Beitrag zur Verbesserung der Versorgung

#### 4.1 Relevanz

#### 4.2 Verbesserung der Versorgung

#### 4.3 Innovationsgehalt der Leitlinie

5 Qualifikation und Vorerfahrung der Antragsteller

6 Wissenschaftliches und methodisches Vorgehen: Projektdurchführung

6.1 Art der Leitlinie

6.2 Methodik

6.2.1 *Sofern zutreffend:* Projekte unter Nutzung von E-Health-Lösungen/Telemedizin[[1]](#footnote-1):

#### 6.3 Arbeits-, Zeit- und Meilensteinplanung

7 Risikofaktoren

8 Verwertungspotenzial

9 Finanzierungsplan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.1** | **Personalausgaben** | **€** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | *…* |  |  |
| **9.1** | **Summe Personalausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.2** | **Sachausgaben** | € |
| 9.2.1 | Aufträge an Dritte |  |
|  |  |  |
| 9.2.2 | Reisen |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 9.2.3 | Sonstige Sachausgaben |  |
|  |  |  |
| 9.2.4 | Infrastrukturpauschale (bis zu 25 % der Personalausgaben, siehe 9.1)  |  |
| **9.2** | **Summe Sachausgaben** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.3** | **Investitionen (Einzelpreis > 410 € netto)** | **€** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **9.3** | **Summe Investitionen** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.4** | **Gesamtausgaben des Projektes** | **€** |
| 9.4.1 | Summe der Personalausgaben |  |
| 9.4.2 | Summe der Sachausgaben |  |
| 9.4.3 | Summe der Investitionen |  |
| **8.4** | **Gesamtsumme der Ausgaben des Projektes** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **9.5** | **Finanzierung der Ausgaben** | **€** |
| 9.5.1 | Ggf. zur Verfügung stehende Eigenmittel |  |
| 9.5.2 | Ggf. sonstige Einnahmen und Mittel Dritter |  |
| **9.5** | **Beantragte Fördersumme** |  |

10 Unterschriften

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OOrt, Datum *Unterschrift*

 Name in Druckbuchstaben

 (**Gesamt)Projektleitung/Konsortialführung**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_OOrt, Datum *Unterschrift*

 Name in Druckbuchstaben

 **Verantwortliche Person für die maßgebliche Fachgesellschaft**

11 Referenzen

12 Anlagen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anlage Nr.** | **Bezeichnung** | **Beigefügt** |
| 1 | Liste der Kooperationspartner gemäß Vorlage unter Punkt 13 sowie Letter of Intent (LOI) der Kooperationspartner (inkl. Unterschrift) (max. 1 Seite pro Kooperationspartner). | *[ ]*  |
| 2 | Kurzlebensläufe der wesentlichen verantwortlichen Personen insbesondere für die Koordination und die Methodik (max. 1 Seite pro Person, inkl. Nennung der drei wichtigsten Publikationen mit Relevanz für das beantragte Projekt). | *[ ]*  |
| 3 | „Erklärung von Interessen“ der Mitglieder der Leitliniengruppe entsprechend den Vorgaben des AWMF-Regelwerks | [ ]  |
| 4 | Formblatt zur Beantragung von Fördermitteln für die Konsortialführung (bzw. die Projektleitung bei Einzelprojekten). | [ ]  |
| 5 | Falls zutreffend: Formblätter zur Beantragung von Fördermitteln für jeden Konsortialpartner. | [ ]  |

13 Vorlage zu Anlage 1: Liste der Kooperationspartner ohne Förderung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name Kooperationspartner**  | **Art der Unterstützung** | **LOI beigefügt** |
|  |  | *[ ]*  |
|  |  | *[ ]*  |

1. Siehe auch <https://www.awmf.org/fileadmin/user_upload/Stellungnahmen/Medizinische_Versorgung/20191120_AWMF_QualPrinzipien_GesundheitsApps.pdf> [↑](#footnote-ref-1)