**Bewerbungsformular für den ÖGMM-Case of the Year 2025**

|  |
| --- |
| **Bewerber:in** |
| **Familienname/n:** | **Vorname/n:** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Geburtsdatum:** |
| Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. |
| **E-Mail Adresse:** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Institution:**  |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Straße und Hausnummer:** | **PLZ und Ort:** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Land:** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Details zum eingereichten Fall** |
| **Wurde der/die Patient:in an einer österreichischen Krankenanstalt betreut?**  | Ja |[ ]
|  | Nein |[ ]
| **Wurde der/die Patient:in im Jahr 2024 und/oder 2025 hinsichtlich der eingereichten Pilzinfektion behandelt bzw. wurde die Pilzinfektion im Jahr 2024 und/oder 2025 diagnostiziert?** | Ja |[ ]
|  | Nein |[ ]
| **Wurde der Fall bereits publiziert?** | Ja |[ ]
|  | Wenn ja, PMID: | PMID |
|  | Nein |[ ]
| **Fallbericht (maximal 500 Wörter und 1 Abbildung):** |
| Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
|[ ]  *Hiermit bestätige ich, dass der Abschluss meiner letzten Ausbildung (z.B. Studium, Facharztausbildung, PhD, etc.) weniger als 10 Jahre vom Datum der Bewerbung zurück liegt.\** |
|  |  |
|[ ]  *Hiermit bestätige ich, dass ich zur Verleihung des ÖGMM-Case of the Year Mitglied der ÖGMM sein muss um den Preis verliehen zu bekommen (Anmerkung: eine ÖGMM Mitgliedschaft ist für die Bewerbung nicht zwingend notwendig, muss jedoch spätestens bei der Verleihung des Preises vorhanden sein).\** |
|  |  |
| *\*Pflichtfeld* |

**Für eine Teilnahme an der Ausschreibung des ÖGMM-Case of the Year 2025 muss der vollständig ausgefüllte Bewerbungsbogen bis zum 27.10.2025 um 23:59 Uhr an** **office@oegmm.at** **retourniert werden.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Ort und Datum |  | Unterschrift |