**Einreichung ideahuBB: Phase 1 Ideenwettbewerb**

Nutzen Sie diese Vorlage und machen Sie Angaben zu möglichst jedem Punkt. Die jeweiligen Stichpunkte (in den Feldern) dienen zu Ihrer Orientierung. Je präziser die Informationen, desto   
besser können wir zügig entscheiden, ob und wie unser Konsortium bzw. unsere Experten Ihre   
Idee unterstützen können.

**Kontaktdaten:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anrede: |  | | Akad. Titel: |  | Vorname: | |  | | Name: | |  |
| Name der beteiligten Organisation: | | | |  | | | | | | | |
| Website: | | | |  | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | E-Mail: |  | | | | |
| Straße: | |  | | | | PLZ: |  | Ort: | |  | |

*Ggf. Kontaktdaten der Kooperationspartner:*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anrede: |  | | Akad. Titel: |  | Vorname: | |  | | Name: | |  |
| Name der beteiligten Organisation: | | | |  | | | | | | | |
| Website: | | | |  | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | E-Mail: |  | | | | |
| Straße: | |  | | | | PLZ: |  | Ort: | |  | |

Titel:

|  |
| --- |
| Geben Sie hier Ihrer Idee einen aussagekräftigen Titel   * 1 - 2 Zeile(n) |

Idee: Was ist genau die Idee?

|  |
| --- |
| Beschreiben Sie hier kurz Ihre Idee.   * + Was macht Ihre Idee besonders? Wieso ist Ihre Idee innovativ?   + Ist bereits etwas von der Idee umgesetzt?   + Sehen Sie am Ende der Weiterentwicklung Ihrer Idee eher ein Produkt oder eine Dienstleistung? Oder beides?   + Welcher Nutzen wird durch die Idee erzielt?  (bspw. Patientennutzen, Wirtschaftlichkeit, etc.)   + Was ist der USP der Idee / des zukünftigen Produktes? |

Zielgruppe: An wen richtet sich Ihre Idee Ihrer Meinung nach hauptsächlich?

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Patienten/Bürger | [ ] Labor/Apotheke/Sanitätshaus |
| [ ] Pflege (ambulant/stationär) | [ ] Krankenkasse/Kostenträger |
| [ ] Krankenhaus (Ärzte/Therapeuten) | [ ] andere Industrie / KMU |
| [ ] niedergelassene (Zahn-)Ärzte | [ ] Sonstige: |

Hinweise zum Datenschutz:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] | Hiermit erkläre ich mich einverstanden mit der Erfassung meiner o. g. Daten gemäß der Datenschutzgrundverordnung zum Zwecke der Kontaktaufnahme durch das digisolBB-Konsortium. |
| [ ] | Der Datenschutzerklärung des ideahuBB[[1]](#footnote-1) stimmen wir zu. Der/die Absender(in) erteilt die Erlaubnis zur Vervielfältigung der eingereichten Unterlagen zum Zwecke der Verteilung an alle am Beurteilungsprozess Beteiligten. Der/die Absender(in) erklärt sich damit einverstanden, dass seine/ihre Anschrift und der Titel der Arbeit veröffentlicht werden dürfen.  Der/die Absender(in) erklärt hiermit, dass Rechte Dritter an der eingereichten Idee nicht verletzt werden.  Der/die Bewerber(in) versichert die Richtigkeit der gemachten Angaben und dass er/sie die Bewerbungsvoraussetzungen entsprechend der Ausschreibungskriterien des ideahuBB erfüllt. Falsche Angaben führen zum Ausschluss. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen. |

Zur Vorprüfung können Sie Ihre Idee bis zum **31.10.2019** in deutscher Sprache entweder formlos per E-Mail an [ideahubb@uni-potsdam.de](mailto:ideahubb@uni-potsdam.de) einreichen oder dieses Dokument verwenden (max. 3 Seiten, DIN A4, mind. Arial 11pt).

Zusätzlich zum Formular können relevante Anhänge (Pitch Deck, Publikationen, sonstige Dateien etc.) eingereicht werden, sofern sie im unmittelbaren Kontext der Idee stehen. Die Ausführungen in der Bewerbung sollten auch ohne Anhänge nachvollziehbar und verständlich sein.

1. Die Datenschutzerklärung von digisolBB und des Ideenwettbewerbs ideahuBB finden Sie unter:  
   <https://digisol-bb.de/datenschutz.html> [↑](#footnote-ref-1)