**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**

**[Schriftgrad 14]**

Zentrum, Klinik oder Institut

[Schriftgrad 10]

Direktor/in der Einrichtung

**Titel der Dissertation**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin /Zahnmedizin

an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Name der Doktorandin/ des Doktoranden

aus Geburtsort

Hamburg 20XX

[Jahr, in dem die Dissertation eingereicht wurde]

**(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)**

**Angenommen von der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am:**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der**

**Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

**Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende:**

**Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in:**

**Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in:**

**10. Erklärung des Eigenanteils an der Publikation**

**11. Eidesstattliche Versicherung** *[als letztes Blatt in die Dissertation einzubinden]*

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: ......................................................................