

Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 6 der Approbationsordnung für Apotheker vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1489), in der aktuell geltenden Fassung (AAppO) **zum ersten Mal** die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung an der **Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald**

im Frühjahr 20_____ / Herbst 20 _____

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung bisher nicht teilgenommen.

Persönliche Angaben:

Familiename	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)
Geburtsname (falls abweichend)	ggf. Namenszusatz / Adelsprädikat
Geburtsdatum	Geburtsort
Geschlecht	Staatsangehörigkeit
Telefonnummer	E-Mail

Matrikel-Nr.

Anschrift, an welche die Prüfungsladung u. -zulassung versandt werden soll:

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

Anschrift, an welche die Prüfungsergebnisse versandt werden sollen:

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

Heimatadresse:

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

6. **Bescheinigungen über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den in der Anlage 2 Teil B der AAppO vorgeschriebenen Stoffgebieten E – K**
(Vorlage der Bescheinigungen im Original):

E	<input type="checkbox"/> Biochemische Untersuchungsmethoden einschließlich klinischer Chemie
F	<input type="checkbox"/> Biopharmazie einschließlich arzneiformenbezogener Pharmakokinetik
	<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Technologie
G	<input type="checkbox"/> Biogene Arzneimittel
	<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Biologie III
H	<input type="checkbox"/> Arzneistoffanalytik unter besonderer Berücksichtigung der Arzneibücher
	<input type="checkbox"/> Arzneistoffanalytik, Drug-Monitoring, toxikologische und umweltrelevante Untersuchungen
I	<input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie
	<input type="checkbox"/> Pharmakotherapie
	<input type="checkbox"/> Pharmakologischer Demonstrationskurs
K	<input type="checkbox"/> Wahlpflichtfach

Hinweis:

Die Ergebnisse der Wiederholungsklausuren werden dem Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V direkt durch die Universität bekanntgegeben. Diese Scheine müssen nicht mehr vorgelegt werden.

Ich versichere, dass ich die Angaben auf diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht und die nachstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen habe. Gründe für die Versagung der Approbation als Apotheker gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 der Bundes-Apothekerordnung liegen bei mir nicht vor.

Ich bin damit einverstanden, dass bei Notwendigkeit einer kurzfristig zu erfolgenden Information zur Prüfung mein Name und meine E-Mail-Adresse an die Prüflinge, die mit mir zusammen geprüft werden sollen, weitergegeben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen!:

JA

NEIN

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise:

1. Meldeschluss:

*Der Antrag sowie die geforderten Nachweise müssen gemäß § 6 Abs. 2 der AAppO spätestens bis zu dem durch das Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V (LPH) bekanntgegebenen Termin im LPH **eingegangen** sein und zwar am **10.01. bzw. 10.06. d. J.***

- 2. Sollten die im Antrag genannten Nachweise nicht vollständig und fristgerecht im Landesprüfungsamt eingereicht werden, erfolgt keine Zulassung zur Prüfung.
Zur nächsten Prüfungsanmeldung ist dann ein neuer Antrag unter erneuter Vorlage aller Nachweise zu stellen.**
- 3. Zu einer Wiederholungs- und/oder Nachprüfung werden Sie von Amts wegen geladen, eine Anmeldung hierzu ist nicht erforderlich.**
- 4. Änderungen Ihrer im Antrag erfassten Angaben (z.B. Adressänderungen) sind dem Landesprüfungsamt für Heilberufe **unverzüglich** mitzuteilen.**
- 5. Die in diesem Antrag geforderten personenbezogenen Daten sowie die Prüfungsergebnisse und die Prüfungsniederschriften werden mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitungsanlagen durch das Landesprüfungsamt erfasst und gespeichert. Zu Auswertungszwecken erfolgt eine Weiterleitung der notwendigen Daten an das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen in Mainz sowie an die Universität.**