

**Landesamt für Gesundheit und Soziales
Mecklenburg-Vorpommern, Abt. 1**
- Landesprüfungsamt für Heilberufe -
Erich-Schlesinger-Straße 35
18059 Rostock

Auskunft erteilen:

Frau Meinz

Telefon: +49 381 331 59-118

E-Mail: antje.meinz@lagus.mv-regierung.de

Fax: +49 381 331 99 59-118

Herr Bachmann

Telefon: +49 381 331 59-104

E-Mail: thomas.bachmann@lagus.mv-regierung.de

Fax: +49 381 331 99 59-104

M1

Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)
zum ersten Mal die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
im Frühjahr 20_____ / Herbst 20 _____ an der

Hochschule:

Universität Rostock

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Ich habe am Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bisher nicht teilgenommen.

Persönliche Angaben:

Familienname	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	

Hochschulzugangsberechtigung (HZB):

Art der Hochschulzugangsberechtigung

Bundesland der HZB

Jahr des Erwerbs der HZB

Durchschnittsnote Gesamtpunktzahl lt. Zeugnis

Nachweise

- 1. Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 2. Geburtsurkunde; bei **Ausländern** – sofern Geburtsurkunde nicht vorhanden – der Reisepass; bei **Verheirateten** auch eine Kopie aus dem Familienbuch, bei eingetragenen **Lebenspartnerschaften** auch ein Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch, zwecks Feststellung der Namensführung; gegebenenfalls Urkunden zur Namensänderung *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*
- 3. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*
- 4. Nachweis über ein mindestens zweijähriges Studium der Medizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung

Bitte **alle** medizinischen Fachsemester vollständig von Beginn an eintragen:

- mit **„A“** kennzeichnen: angerechnete Semester (entsprechend des vorzulegenden Anrechnungsbescheides des zuständigen Landesprüfungsamtes gemäß § 12 ÄAppO aus einem Fremd- oder Auslandsstudium)
- mit **„U“** kennzeichnen: genehmigte Urlaubssemester

Semester	Jahr	Hochschule	Semester	Jahr	Hochschule
1.	WS / SS		8.	WS / SS	
2.	WS / SS		9.	WS / SS	
3.	WS / SS		10.	WS / SS	
4.	WS / SS		11.	WS / SS	
5.	WS / SS		12.	WS / SS	
6.	WS / SS		13.	WS / SS	
7.	WS / SS		14.	WS / SS	

- 5. Bescheinigung über die Ausbildung in Erster Hilfe (Original)
- 6. Bescheinigung über die Ableistung des Krankenpflagedienstes (Original)
- 7. BaföG-Bescheid Nr.:

8. **Bescheinigung zur Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 2a (zu § 2 Abs. 7 Satz 1) ÄAppO**

Hinweis:

Diese Bescheinigung wird dem Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V direkt durch das Studiendekanat der Universitätsmedizin Greifswald bzw. Rostock zugestellt.

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 Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung 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 prüfenden Ärzte und an die Prüflinge, die mit mir zusammen geprüft werden sollen, weitergegeben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen!:

JA

NEIN

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise:

▪ **Meldeschluss:**

*Der Antrag sowie die geforderten Nachweise müssen spätestens bis zum **10. Januar bzw. 10. Juni** des laufenden Jahres im Landesprüfungsamt für Heilberufe **eingegangen** sein (§ 10 Abs. 3 der ÄAppO).*

- **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.*

- *Zu einer **Wiederholungs- und/oder Nachprüfung** werden Sie von Amts wegen geladen, eine Anmeldung hierzu ist **nicht** erforderlich.*
- **Änderungen** Ihrer im Antrag erfassten Angaben (z.B. Adressänderungen) sind dem Landesprüfungsamt für Heilberufe **unverzüglich** mitzuteilen.
- *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.*