

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](mailto: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](mailto:thomas.bachmann@lagus.mv-regierung.de)

Fax: +49 381 331 99 59-104

# M2

## Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

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

**Hochschule:**

Universität Rostock

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Ich habe am Zweiten 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	

## Nachweise

- 1. Antrag auf Zulassung zum Zweiten 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 *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*
- 3. Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung, bestanden am \_\_\_\_\_ beim Landesprüfungsamt \_\_\_\_\_ LPA-Nr. \_\_\_\_\_ *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*
- 4. Nachweis über ein mindestens fünfjähriges Studium der Medizin (ÄAppO 2012) bzw. sechsjähriges Studium der Medizin (ÄAppO 2002) 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		11.	WS / SS	
2.	WS / SS		12.	WS / SS	
3.	WS / SS		13.	WS / SS	
4.	WS / SS		14.	WS / SS	
5.	WS / SS		15.	WS / SS	
6.	WS / SS		16.	WS / SS	
7.	WS / SS		17.	WS / SS	
8.	WS / SS		18.	WS / SS	
9.	WS / SS		19.	WS / SS	
10.	WS / SS		20.	WS / SS	

- 5. Nachweise über die Ableistung der Famulatur *(Vorlage der Originalzeugnisse ist erforderlich.)*

- 6. Bafög-Bescheid Nr.:

--	--	--

0	0	0	0	0										
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Bescheinigung zur Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 2b (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.