

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

M3

Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

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

Hochschule: Universität Rostock
 Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Ich habe am Dritten 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 Dritten 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 Kopie ist ausreichend.)*
- 3. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung, bestanden am _____ beim Landesprüfungsamt _____ LPA-Nr. _____ *(Die Vorlage einer Kopie ist ausreichend.)*
- 4. Nachweis über ein mindestens sechsjähriges 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		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. Bafög-Bescheid Nr.:

--	--	--

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

6. Bescheinigungen über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (PJ)

Die Originalbescheinigungen sowie die Logbücher sind zunächst dem Studiendekanat der Universitätsmedizin zur Überprüfung vorzulegen.

Nach Feststellen der sachlichen Richtigkeit sind die mit einem Bestätigungsvermerk des Studiendekanates versehenen **Originalbescheinigungen** dem Landesprüfungsamt für Heilberufe vorzulegen.

Originalbescheinigungen über eine im **Ausland** abgeleistete praktische Ausbildung in der Krankenanstalt sind zusammen mit dem Logbuch direkt beim Landesprüfungsamt für Heilberufe vorzulegen.

Bitte beachten Sie die auf der Website des Landesprüfungsamtes für Heilberufe in den „Bekanntmachungen“ veröffentlichten Termine der Nachreichfristen!

Nachfolgende Angaben sind bereits vor Abgabe der PJ-Bescheinigungen einzutragen:

Innere Medizin

Bescheinigung

Für die Zeit vom _____ bis _____

Name des Krankenhauses: _____

Ort/Land: _____

Fehltage: _____

vom: _____ bis: _____

Chirurgie

Bescheinigung

Für die Zeit vom _____ bis _____

Name des Krankenhauses: _____

Ort/Land: _____

Fehltage: _____

vom: _____ bis: _____

Wahlfach (Bezeichnung!): _____

Bescheinigung

Für die Zeit vom _____ bis _____

Name des Krankenhauses: _____

Ort/Land: _____

Fehltage: _____

vom: _____ bis: _____

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:

JA / NEIN (Nichtzutreffendes bitte streichen!)

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.

Abfrage Ihrer Auslandsaufenthalte im Rahmen des Medizinstudiums:

Aufgrund der Änderung des Hochschulstatistikgesetzes müssen die als Prüfungsleistungen anerkannten studienbezogenen Auslandsaufenthalte der Absolventen der Universitäten im Rahmen der Prüfungsstatistik erhoben und an das Statistische Amt gemeldet werden.

Damit soll die Auslandsmobilität der hiesigen Studierenden festgestellt und mit dem Europäischen Mobilitätsziel, wonach 20 Prozent aller Graduierten einen Studien- oder Praktikumsaufenthalt im Ausland absolviert haben sollten, abgeglichen werden. Diese Daten werden anonymisiert an das Europäische Statistikamt EUROSTAT weitergeleitet.

Sie werden gebeten, Ihre Auslandsaufenthalte in nachfolgende Übersicht einzutragen:

A) Krankenpflegepraktikum

<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:

B) Famulaturen

<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:

C) Studienleistungen im Ausland

<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:

D) Praktisches Jahr

<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm ^{*)} <input type="checkbox"/> EU-Programm ^{**)}	vom	bis	Ausbildungsland:

^{*)} selbst organisiert

^{**)} EU-gefördert, z. B. ERASMUS

(Ort, Datum)

(eigenhändige Unterschrift)

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.