

Antrag auf Zulassung zum Dritten 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 Dritten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung an der **Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald**

im Frühjahr 20_____ / Herbst 20 _____

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

Meine Prüfung sollte in dem Monat stattfinden, wie nachfolgend mitgeteilt (*Zutreffendes bitte ankreuzen*). Ich wurde darauf hingewiesen, dass auf die Realisierung dieses Wunsches kein Rechtsanspruch besteht

<input type="checkbox"/>	Mai
<input type="checkbox"/>	Juni
<input type="checkbox"/>	Juli

<input type="checkbox"/>	Oktober
<input type="checkbox"/>	November
<input type="checkbox"/>	Dezember

Persönliche Angaben:

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

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 Pharmazeutischen 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 das Bestehen des Ersten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung am _____ vor dem Landesprüfungsamt (Bundesland) _____ LPA-Nr. _____
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- 4. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung am _____ vor dem Landesprüfungsamt (Bundesland) _____ LPA-Nr. _____
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- 5. Nachweis über die Teilnahme an den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen gemäß Anlage 6 zu § 4 Abs. 4 Satz 3 und § 6 Abs. 5 Nr. 3 AAppO *(Vorlage der Nachweise im Original!)*
 - vom _____ bis _____ im Bundesland _____
 - vom _____ bis _____ im Bundesland _____

Sofern die zwei Teile der begleitenden Unterrichtsveranstaltungen in unterschiedlichen Bundesländern absolviert werden, ist außer der verlangten Bescheinigung auch ein Nachweis über die in dem jeweiligen Teil absolvierten Inhalte zu erbringen.

Hinweis:

Sofern die Ausbildung in Mecklenburg-Vorpommern absolviert wurde, wird dieser Nachweis dem LPH M-V direkt durch die Apothekerkammer M-V zugeleitet, eine erneute Vorlage ist nicht erforderlich.

- 6. Bescheinigung/en über die praktische Ausbildung gemäß Anlage 5 zu § 4 Abs. 3 Satz 3, § 6 Abs. 5 Nr. 2 und abs. 6 Satz 3 AAppO *(Vorlage der Bescheinigung/en im Original!)*

Hat der Antragsteller die praktische Ausbildung bis zum Meldeschluss noch nicht abgeschlossen, so hat er zunächst eine vorläufige Bescheinigung des für die Ausbildung Verantwortlichen vorzulegen, aus der hervorgeht, wann die Ausbildung voraussichtlich abgeschlossen sein wird.

- vorläufige / endgültige Bescheinigung *(Nichtzutreffendes bitte streichen!)*
für die Zeit vom _____ bis _____

Ausbildungseinrichtung:

Name: _____

Ort: _____

vorläufige / endgültige Bescheinigung (*Nichtzutreffendes bitte streichen!*)
für die Zeit vom _____ bis _____
Ausbildungseinrichtung:
Name: _____
Ort: _____

vorläufige / endgültige Bescheinigung (*Nichtzutreffendes bitte streichen!*)
für die Zeit vom _____ bis _____
Ausbildungseinrichtung:
Name: _____
Ort: _____

7. BaföG-Bescheid Nr.:

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

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. (für den Prüfungszeitraum April-Juni) bzw.
- am 10.06. (für den Prüfungszeitraum Oktober-Dezember).

2. Nachgereicht werden können nur folgende Unterlagen:

- Die Bescheinigung über die Teilnahme an den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen, die nach dem Meldeschluss stattfinden. Diese Bescheinigung muss bis eine Woche nach Ende der jeweiligen begleitenden Unterrichtsveranstaltungen der Apothekerkammer (Ausschlussfrist) im LPH eingegangen sein (*siehe auch Hinweis unter Pkt. 5*)
- Die endgültige Bescheinigung über die praktische Ausbildung, die zum Zeitpunkt des Meldeschlusses noch nicht abgeschlossen ist. Diese Bescheinigung ist dem LPH **unverzüglich** nach Beendigung der praktischen Tätigkeit vorzulegen.

3. **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.
4. Zu einer **Wiederholungs- und/oder Nachprüfung** werden Sie von Amts wegen geladen, eine Anmeldung hierzu ist **nicht** erforderlich.
5. **Änderungen** Ihrer im Antrag erfassten Angaben (z.B. Adressänderungen) sind dem Landesprüfungsamt für Heilberufe **unverzüglich** mitzuteilen.
6. 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.

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