

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

im Frühjahr 20\_\_\_\_\_ / Herbst 20 \_\_\_\_\_

Ich habe am Ersten Abschnitt der Pharmazeutischen 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 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 die allgemeine Hochschulreife *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*
- 4. Nachweis über ein mindestens zweijähriges Studium der Pharmazie unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung

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

- mit **„A“** kennzeichnen: angerechnete Semester (entsprechend des vorzulegenden Anrechnungsbescheides des zuständigen Landesprüfungsamtes gemäß § 22 AAppO 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. Nachweise über die Famulatur gemäß § 3 AAppO (Original)
- 6. BaföG-Bescheid Nr.:

--	--	--

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

7. **Bescheinigungen über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den in der Anlage 1 der AAppO vorgeschriebenen Stoffgebieten A – D** (Vorlage der Bescheinigungen im Original!):

A	<input type="checkbox"/> Stereochemie
	<input type="checkbox"/> Allgemeine u. analytische Chemie der anorganischen Arzneistoffe, Hilfsstoffe u. Schadstoffe (unter Einbeziehung von Arzneibuchmethoden)
	<input type="checkbox"/> Chemie, einschließlich der Analytik der organischen Arzneistoffe, Hilfsstoffe u. Schadstoffe
B	<input type="checkbox"/> Quantitative Bestimmungen von Arznei-, Hilfs- u. Schadstoffen (unter Einbeziehung von Arzneibuchmethoden)
	<input type="checkbox"/> Instrumentelle Analytik
C	<input type="checkbox"/> Physikalische Übungen für Pharmazeuten
	<input type="checkbox"/> Physikalisch-chemische Übungen für Pharmazeuten
	<input type="checkbox"/> Arzneiformenlehre
D	<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Biologie I (Untersuchungen arzneiproduzierender Organismen)
	<input type="checkbox"/> Pharmazeutische Biologie II (Pflanzliche Drogen)
	<input type="checkbox"/> Mikrobiologie
	<input type="checkbox"/> Kursus der Physiologie

**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:**

▪ **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 (§ 6 Abs. 2 der AAppO).*

- **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.