

Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 19 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO)
die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung
im Frühjahr 20_____ / Herbst 20_____ an der

Hochschule:

- ☐ Universität Rostock
☐ Universität Greifswald

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen 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	

Nachweise

- ☐ 1. Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung
- ☐ 2. Identitätsnachweis; Kopie des Personalausweises oder Reisepasses
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- ☐ 3. Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnittes der Zahnärztlichen Prüfung bzw. der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung, bestanden am _____ beim Landesprüfungsamt _____ LPA-Nr. _____
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- ☐ 4. Nachweis über ein mindestens dreijähriges Studium der Zahnmedizin (ZApprO) unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung

Bitte **alle** zahnmedizinischen 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. Bescheinigung über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den nach Anlage 7 zur ZApprO vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltung

Hinweis:

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

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 Zahnarzt gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Zahnheilkunde 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 Personen und an die zu prüfenden Personen 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 (§ 19 Abs. 3 der ZApprO).

- **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.