

Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)
die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

an der ☐ Universität Rostock
☐ Universität Greifswald

☐ im Frühjahr 20..... (Anmeldeschluss 10.01.)
☐ im Herbst 20..... (Anmeldeschluss 10.06.)

Persönliche Angaben:

Familiennamen		Vorname(n) (Rufname unterstreichen)	
Geburtsname (falls abweichend)		ggf. Namenszusatz	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		Staatsangehörigkeit	
Telefonnummer		E-Mail	
		Matrikel-Nr.	

Anschrift für die Übersendung der Zulassung und Ladung zur Prüfung

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

Anschrift für die Übersendung der Prüfungsergebnisse:

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

Nachweise:

Grundsätzlich sind mit jedem Antrag folgende Bescheinigungen / Zeugnisse ausschließlich in **amtlich oder notariell beglaubigter Kopie bzw. als beglaubigter Auszug aus dem Personenstandsregister** einzureichen (Ausnahmen hiervon sind ausgewiesen.).

☐ 1. Geburtsurkunde; außerdem

- bei Ausländern – sofern Geburtsurkunde nicht vorhanden – der Reisepass
- bei Namensänderung einen Nachweis über die Namensführung, z. B.:
Kopie aus dem Familienbuch, ein Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch, Urkunden zur Namensänderung nach dem Selbstbestimmungsgesetz

(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

☐ 2. Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, sofern nicht vom Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern ausgestellt
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

☐ 3. Nachweis über ein mindestens fünfjähriges Studium der Medizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung *(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)*

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		

☐ 4. Bescheid über die Anrechnung oder Anerkennung von Studienzeiten, soweit zutreffend
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend bei einem Bescheid aus Mecklenburg-Vorpommern; ein Original bzw. beglaubigte Kopie ist erforderlich, bei einem Bescheid aus einem anderen Bundesland)

☐ 5. Zeugnisse über die Tätigkeit als Famulus;
(ein Original bzw. beglaubigte Kopie ist erforderlich);
sofern zutreffend Anrechnungsbescheid
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend bei einem Anrechnungsbescheid aus Mecklenburg-Vorpommern; ein Original bzw. beglaubigte Kopie ist erforderlich, bei einem Bescheid aus einem anderen Bundesland)

Die Bescheinigung zur Meldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 2b (zu § 2 Abs. 7 Satz 1) ÄAppO 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.

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.

Mit der Abgabe dieses Antrages stimme ich ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu. Meine hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen, bin mir aber bewusst, dass mein Antrag dann ggf. nicht oder nicht unter Berücksichtigung der dann fehlenden Angaben bearbeitet werden kann.

Weitere Informationen zu den Datenschutzbestimmungen habe ich auf der Homepage des LAGuS M-V (<https://www.lagus.mv-regierung.de/Services/Datenschutz/>) zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise:

Der Antrag sowie die geforderten Nachweise müssen im Landesprüfungsamt für Heilberufe spätestens bis zum 10. Januar bzw. 10. Juni des laufenden Jahres 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.

Nach erfolgter Zulassung ist eine Rücknahme des Antrages nicht mehr möglich. Sie befinden sich dann im laufenden Prüfungsverfahren und können nur noch unter bestimmten Voraussetzungen an einem Prüfungstermin nicht teilnehmen.

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**.*