

## **Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung**

Ich beantrage gemäß § 19 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZApprO)  
die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

- an der ☐ Universität Rostock  
☐ Universität Greifswald
- ☐ im Frühjahr 20..... (Anmeldeschluss 10.01.)  
☐ im Herbst 20..... (Anmeldeschluss 10.06.)

### ***Persönliche Angaben:***

Familienname	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)
Geburtsname (falls abweichend)	ggf. Namenszusatz / Adelsprädikat
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	

### **Hochschulzugangsberechtigung (HZB):**

Art der Hochschulzugangsberechtigung	
Bundesland der HZB	
Postleitzahl und Ort der HZB	
Jahr des Erwerbs der HZB	
Durchschnittsnote	
Gesamtpunktzahl lt. Zeugnis	

### **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. Identitätsnachweis; Kopie des Personalausweises oder Reisepasses  
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- ☐ 2. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife  
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)
- ☐ 3. Nachweis über ein mindestens zweijähriges Studium der Zahnmedizin (ZApprO) unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung  
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

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

- mit „**A**“ kennzeichnen:  
angerechnete Semester (entsprechend des vorzulegenden Anrechnungsbescheides des zuständigen Landesprüfungsamtes gemäß § 23 ZApprO 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  
(gilt nur für die Anrechnung von Studienzeiten und Studienleistungen aus Auslandsstudien oder aus Studien in anderen Studiengängen; 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. Bescheinigung über die Ausbildung in Erster Hilfe
- ☐ 6. Bescheinigung über die Ableistung des Pflegedienstes

Die Bescheinigung zur Meldung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung gemäß Anlage 6 (zu § 12, § 20 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4) ZApprO 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 Zahnarzt gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 des Gesetzes über die Zahnheilkunde 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.*

*Ich bin damit einverstanden, dass bei Notwendigkeit einer kurzfristig zu erfolgenden Information zur Prüfung mein Name und meine E-Mail-Adresse an die Prüfer und an die Prüflinge, die mit mir zusammen geprüft werden sollen, weitergegeben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen!):*

☐ ja, ☐ nein

\_\_\_\_\_  
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**.

Die weitere Kommunikation, insbesondere die Zulassung und Ladung zur Prüfung, wird ausschließlich per E-Mail erfolgen. Bitte achten Sie auf eine korrekte und leserliche Angabe Ihrer E-Mail-Adresse.