

Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

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

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

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

A. Persönliche Angaben:

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

B. Anschrift für die Übersendung der Zulassung und Ladung zur Prüfung:

| | | | |
|--------------|-----|-----|--|
| Straße | | Nr. | |
| Postleitzahl | Ort | | |

C. Anschrift für die Übersendung der Prüfungsergebnisse:

| | | | |
|--------------|-----|-----|--|
| Straße | | Nr. | |
| Postleitzahl | Ort | | |

D. Nachweise:

Mit jedem Antrag sind folgende Bescheinigungen/Zeugnisse ausschließlich in **einfacher Kopie** einzureichen. Die Nachweise werden nicht zurückgesandt.

Identitätsnachweis; Kopie des Personalausweises oder Reisepasses

Zeugnis

Nachweis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung, falls dieser nicht vom Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern ausgestellt wurde.

Studienverlaufsbescheinigung

Nachweis über ein mindestens fünfjähriges Studium der Zahnmedizin (ZApprO) unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung (eine einfache Kopie ist ausreichend).

Bitte tragen Sie alle zahnmedizinischen Fachsemester vollständig ein:

falls zutreffend bitte ankreuzen:

- „**A**“ für angerechnete Semester (laut Anrechnungsbescheid des zuständigen Landesprüfungsamtes gemäß § 12 ÄAppO aus einem Fremd- oder Auslandsstudium).
- „**U**“ für 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 | |

Bescheid über die Anrechnung oder Anerkennung von Studienzeiten,
soweit zutreffend

**Nachweis nach dem Muster der Anlage 12 über den Erwerb der Sachkunde im
Strahlenschutz**

Zeugnis über die Famulatur

Bescheinigung über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den nach Anlage 7 zur ZApprO vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltung

Ich bin damit einverstanden, dass das Studiendekanat der Universitätsmedizin Greifswald bzw. Rostock dem Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V diese Bescheinigung elektronisch 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.

Die in diesem Antrag geforderten personenbezogenen Daten sowie die Prüfungsergebnisse und die Prüfungsniederschriften werden mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitungssysteme 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 Antrags stimme ich ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu. Ich kann meine hier erklärte Einwilligung jederzeit widerrufen, bin mir jedoch bewusst, dass mein Antrag in diesem Fall möglicherweise nicht oder nicht vollständig 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 prüfenden Ärzte und an die Prüflinge, die mit mir zusammen geprüft werden sollen, weitergegeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Hinweise:

*Der Antrag und die erforderlichen Nachweise müssen bis zum **10. Januar oder 10. Juni** des laufenden Jahres im Landesprüfungsamt für Heilberufe **eingegangen** sein (§ 10 Abs. 3 der ÄAppO).*

Sind die Nachweise unvollständig oder verspätet, erfolgt keine Zulassung zur Prüfung. Ein neuer Antrag mit allen Nachweisen ist dann für die nächste Prüfungsanmeldung erforderlich.

Nach der Zulassung kann der Antrag nicht mehr zurückgezogen werden. Sie sind dann im Prüfungsverfahren und können nur unter bestimmten Bedingungen von einem Prüfungstermin zurücktreten.

Sie werden automatisch zu Wiederholungs- und Nachprüfungen eingeladen; eine Anmeldung ist nicht notwendig.

Änderungen Ihrer Angaben (z. B. Adresse) sind dem Landesprüfungsamt **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.