

**Landesamt für Gesundheit und Soziales**  
**Mecklenburg-Vorpommern, Abt. 3**  
- Landesprüfungsamt für Heilberufe -  
Postfach 16 11 61  
18024 Rostock

E-Mail: Studium.Approbationsberufe@lagus.mv-regierung.de  
Telefon: +49 385 588 59003

## Antrag auf Anerkennung bzw. Anrechnung *(Zutreffendes bitte ankreuzen!)*

- Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405) (ÄApprO)
- Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen vom 8. Juli 2019 (BGBl. I S. 933) (ZApprO)
- Approbationsordnung für Apotheker vom 19. Juli 1989 (BGBl. I S. 1489) (AApprO)  
in der aktuell geltenden Fassung

☐ **eines Krankenpflegedienstes** gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 3, § 6 ÄApprO, bzw.  
gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 3, § 14 ZApprO

☐ **einer abgeleisteten Famulatur** gemäß § 1 Abs. 2 Nr. 4, § 7 ÄApprO, bzw.  
gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 4, § 15 ZApprO, bzw.  
gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2, § 13 AApprO

**Hochschule:** ☐ Universität Rostock  
☐ Universität Greifswald

**Studium:** ☐ Medizin  
☐ Zahnmedizin  
☐ Pharmazie

### Persönliche Angaben:

Familiennamen		Vorname(n) (Rufname unterstreichen)	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geschlecht		Matrikel-Nr.	
Telefonnummer		E-Mail	
Straße		Nr.	
Postleitzahl	Ort		

Ich beantrage folgende Anrechnung:

	Zeitraum	Krankenhaus bzw. Einrichtung (Bezeichnung, Adresse, Telefon, E-Mail)

Meinem Antrag füge ich bei:

- ☐ Immatrikulationsbescheinigungen für die Zeiträume der Praktika oder Studienverlaufsbescheinigung (Kopie)
- ☐ Bei Praktika im Ausland: Tätigkeitsbeschreibung, ausgestellt von der Einrichtung, in der der **Krankenpflegedienst** bzw. die **Famulatur** abgeleistet wurde (Original oder amtlich bzw. notariell beglaubigte Kopie)
- ☐ **Krankenpflegedienst**-Zeugnis (Original oder amtlich bzw. notariell beglaubigte Kopie)
- ☐ Abiturzeugnis (Kopie; erforderlich, falls der Krankenpflegedienst vor Studienbeginn abgeleistet wurde) bzw.
- ☐ **Famulatur**-Zeugnis (Original oder amtlich bzw. notariell beglaubigte Kopie)
- ☐ Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (Kopie) bzw. Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung (Kopie)

**Bitte beachten Sie:**

- Von Unterlagen, die nicht in deutscher Sprache verfasst sind, müssen zusätzlich Übersetzungen vorgelegt werden, die von einem in Deutschland amtlich vereidigten Dolmetscher beglaubigt sein müssen oder deren sachliche Richtigkeit durch das Sprachenzentrum einer inländischen Universität bestätigt wurde. (Das Erfordernis der Übersetzung betrifft auch Stempel- und Siegelabdrücke.).
- Für die Anrechnung von **im Ausland** geleisteten praktischen Zeiten werden gemäß Tarifstelle 5.1.9 im Gebührenverzeichnis der Kostenverordnung für Amtshandlungen der Gesundheitsverwaltung (GesKostVO M-V) vom 26. April 2016, in der derzeit gültigen Fassung, je nach betriebenem Verwaltungsaufwand Gebühren in Höhe von 30,00-95,00 EUR erhoben.
- Es werden keine Dokumente zurückgeschickt.

**Erklärung zu den Angaben im Antrag und Hinweise zur Datenverarbeitung**

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe und die nachstehenden Hinweise zur Kenntnis genommen habe.

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.

Ort und Datum

eigenhändige Unterschrift