

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

Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)
die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen 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
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 **einfacher Kopie** einzureichen.

Die Nachweise werden nicht zurückgesandt. Es werden stichprobenartig Originalnachweise angefordert.

☐ 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

☐ 2. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife

☐ 3. Nachweis über ein mindestens zweijähriges Studium der Medizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes bzw. der Studienverlaufsbescheinigung

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

- ☐ 5. Nachweis über die Ausbildung in Erster Hilfe
- ☐ 6. Zeugnis über den Krankenpflagedienst;
sofern zutreffend Anrechnungsbescheid

Die Bescheinigung zur Meldung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß Anlage 2a (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.

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.