

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:

Familienname	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. Es werden stichprobenartig Originalnachweise angefordert.

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

Ich bin damit einverstanden, dass das Studiendekanat der Universitätsmedizin Greifswald bzw. Rostock dem Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V die Bescheinigung über die Unterrichtsveranstaltungen, für die eine regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme bei dem Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung nachzuweisen ist (Anlage 3 zur ZApprO) 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 sowie die geforderten Nachweise müssen im Landesprüfungsamt für Heilberufe spätestens bis zum 10. Januar bzw. 10. Juni des laufenden Jahres eingegangen sein (§ 19 Abs. 3 der ZApprO).

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.