

## **Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

Ich beantrage gemäß § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)  
**zum ersten Mal** die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
im Frühjahr 20\_\_\_\_ / Herbst 20\_\_\_\_ an der

**Hochschule:**

  

Universität Rostock  
Universität Greifswald

### ***Persönliche Angaben:***

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

### ***Anschrift, an welche die Prüfungsladung u. -zulassung versandt werden soll:***

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

### ***Anschrift, an welche die Prüfungsergebnisse versandt werden sollen:***

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

### ***Heimatadresse:***

Straße		Nr.
Postleitzahl	Ort	

## Nachweise

- 1. Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
- 2. Geburtsurkunde; bei **Ausländern** – sofern Geburtsurkunde nicht vorhanden – der Reisepass; bei **Verheirateten** auch eine Kopie aus dem Familienbuch, bei eingetragenen **Lebenspartnerschaften** auch ein Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch, zwecks Feststellung der Namensführung (*Die Vorlage einer Kopie ist ausreichend.*)
- 3. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung, bestanden am \_\_\_\_\_ beim Landesprüfungsamt \_\_\_\_\_ LPA-Nr. \_\_\_\_\_ (*Die Vorlage einer Kopie ist ausreichend.*)
- 4. Nachweis über ein mindestens sechsjähriges Studium der Medizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes (Leporello)

a) Bitte alle medizinischen Fachsemester, die angerechneten Semester (**A**) (gemäß § 12 ÄAppO aus einem Fremd- oder Auslandsstudium) sowie die genehmigten Urlaubssemester (**U**) vollständig von Beginn an eintragen:

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	

b) ggf. **Anrechnungsbescheid** aus Fremdstudium oder Auslandsstudium als Nachweise über angerechnete Studienzeiten und praktische Übungen nach § 12 ÄAppO

- 5. Bafög-Bescheid Nr.:

--	--	--

0	0	0	0	0								
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

6. **Bescheinigungen über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (PJ)**  
Bescheinigungen über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (PJ)

Die Bescheinigungen sind unverzüglich nach Beendigung des letzten Tertials im Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V im Original vorzulegen.

Für alle Tertiale, die im Inland absolviert wurden, ist zusätzlich der PJ-Buchungsbescheid beizufügen.

Für alle Tertiale, die an Universitäten absolviert wurden, die nicht dem PJ-Portal angehören, ist zusätzlich der Zulassungs-/Zuteilungsbescheid beizufügen.

Nachfolgende Angaben sind bereits vor Abgabe der PJ-Bescheinigungen einzutragen:

**Innere Medizin**  
Bescheinigung

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
Ort/Land: \_\_\_\_\_

vorauss. <b>Fehltage:</b> _____
vom:                      bis:

**Chirurgie**  
Bescheinigung

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
Ort/Land: \_\_\_\_\_

vorauss. <b>Fehltage:</b> _____
vom:                      bis:

**Wahlfach (Bezeichnung!):** \_\_\_\_\_  
Bescheinigung

Für die Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Name des Krankenhauses: \_\_\_\_\_  
Ort/Land: \_\_\_\_\_

vorauss. <b>Fehltage:</b> _____
vom:                      bis:

*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.*

*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:*

**JA / NEIN (Nichtzutreffendes bitte streichen!)**

**Hinweise:**

**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.**

• **Meldeschluss**

Der **Antrag** muss spätestens bis zum **10. Januar bzw. 10. Juni** des laufenden Jahres im Landesprüfungsamt **eingegangen** sein (§ 10 Abs. 3 der ÄAppO)

• **Nachreichschluss:**

Den Termin der Nachreichfrist für die Bescheinigungen über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt sowie alle weiteren Informationen entnehmen Sie bitte der hierzu veröffentlichten Bekanntmachung auf der Website der Universitäten bzw. des Landesprüfungsamtes für Heilberufe

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 **unverzüglich** mitzuteilen.

**Abfrage Ihrer Auslandsaufenthalte im Rahmen des Medizinstudiums**

Aufgrund der Änderung des Hochschulstatistikgesetzes müssen die als Prüfungsleistungen anerkannten studienbezogenen Auslandsaufenthalte der Absolventen der Universitäten im Rahmen der Prüfungsstatistik erhoben und an das Statistische Amt gemeldet werden.

Damit soll die Auslandsmobilität der hiesigen Studierenden festgestellt und mit dem Europäischen Mobilitätsziel, wonach 20 Prozent aller Graduierten einen Studien- oder Praktikumsaufenthalt im Ausland absolviert haben sollten, abgeglichen werden. Diese Daten werden anonymisiert an das Europäische Statistikamt EUROSTAT weitergeleitet.

Sie werden gebeten, Ihre Auslandsaufenthalte in nachfolgende Übersicht einzutragen:

**A) Krankenpflegepraktikum**

<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:

## B) Famulaturen

<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:

## C) Studienleistungen im Ausland

<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:

## D) Praktisches Jahr

<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:
<input type="checkbox"/> Kein Programm <sup>*)</sup> <input type="checkbox"/> EU-Programm <sup>**)</sup>	vom	bis	Ausbildungsland:

<sup>\*)</sup> selbst organisiert

<sup>\*\*)</sup> EU-gefördert, z. B. ERASMUS

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
(eigenhändige Unterschrift)

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.