

## Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Ich beantrage gemäß § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)  
die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

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

### A. Persönliche Angaben:

Familienname	Vorname(n) (Rufname unterstreichen)
Geburtsname (falls abweichend)	ggf. Namenszusatz
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 als amtlich oder notariell beglaubigte Kopie bzw. beglaubigter Auszug aus dem Personenstandsregister einzureichen (Ausnahmen sind ausgewiesen).

### Geburtsurkunde

- **Falls keine Geburtsurkunde vorhanden ist (bei ausländischen Anträgen):** Reisepass
- **Bei Namensänderung:** Ein Nachweis über den aktuellen Namen, z. B.:
  - Kopie aus dem Familienbuch
  - Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch
  - Urkunden zur Namensänderung nach dem Selbstbestimmungsgesetz  
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

### Zeugnis

Nachweis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, falls dieser nicht vom Landesprüfungsamt für Heilberufe Mecklenburg-Vorpommern ausgestellt wurde.  
(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

### Studienverlaufsbescheinigung

Nachweis über ein mindestens sechsjähriges Medizinstudium mit aktuellem Stammdatenblatt oder Studienverlaufsbescheinigung (Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

Bitte tragen Sie alle medizinischen 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	A	U	Semester	Jahr	Hochschule	A	U
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

(Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend bei einem Bescheid aus Mecklenburg-Vorpommern; ein Original bzw. beglaubigte Kopie ist erforderlich, bei einem Bescheid aus einem anderen Bundesland)

### Bescheinigungen über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (PJ)

- Der PJ-Zulassungs-/Zuteilungsbescheid ist beizufügen
- (Die Vorlage einer einfachen Kopie ist ausreichend.)

- Die Bescheinigungen über die praktische Ausbildung sind unverzüglich nach Beendigung des letzten Tertials im Landesprüfungsamt für Heilberufe M-V im Original vorzulegen.
- Nachweis über in Anspruch genommene Studientage ist im Original beizufügen (gilt nur für Studierende der Universität Rostock).

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

**Innere Medizin**  
Bescheinigung

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

**vorauss. Fehltage:** \_\_\_\_\_

vom:            bis:

**Chirurgie**  
Bescheinigung

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

**vorauss. Fehltage:** \_\_\_\_\_

vom:            bis:

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

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

**vorauss. Fehltage:** \_\_\_\_\_

vom:            bis:

### E. Abfrage Ihrer Auslandsaufenthalte im Rahmen des Medizinstudiums

Durch eine Änderung im Hochschulstatistikgesetz müssen Universitäten Informationen zu studienbezogenen Auslandsaufenthalten ihrer Absolventen erfassen und an das Statistische Amt weiterleiten. Dies hilft, die Auslandsmobilität deutscher Studierender zu ermitteln und zu prüfen, ob das europäische Ziel erreicht wird, dass 20 Prozent aller Absolventen einen Studien- oder Praktikumsaufenthalt im Ausland absolviert haben.

Diese Daten werden anonymisiert und an das Europäische Statistikamt EUROSTAT gesendet.

Bitte tragen Sie Ihre Auslandsaufenthalte in die folgende Übersicht ein. Hinweis: \* selbst organisiert; \*\* EU-gefördert (z. B. ERASMUS).

#### Krankenpflegepraktika

Praktika	Zeitraum (von_bis)	Ausbildungsland	EU-Programm (ja/nein)
Praktikum 1			
Praktikum 2			
Praktikum 3			

#### Famulaturen

Praktika	Zeitraum (von_bis)	Ausbildungsland	EU-Programm (ja/nein)
Praktikum 1			
Praktikum 2			
Praktikum 3			

## Studienleistungen im Ausland

Praktika	Zeitraum (von_bis)	Ausbildungsland	EU-Programm (ja/nein)
Praktikum 1			
Praktikum 2			
Praktikum 3			

## Praktisches Jahr

Praktika	Zeitraum (von_bis)	Ausbildungsland	EU-Programm (ja/nein)
Praktikum 1			
Praktikum 2			
Praktikum 3			

## F. 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. Es liegen bei mir keine Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung 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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

*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**.