

Antrag auf Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung

Bitte deutlich lesbar mit **GROSSEN DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen.
Zusätze zu Familiennamen wie akademische Grade, Adelsprädikate u.s.w. (z. B.: Dr., Gräfin von)
sind getrennt von diesen einzutragen.

Bitte hier die Adresse des zuständigen Studiendekanats einfügen:

| | | |
|--------------------------------|-------|-------|
| Nur vom Ausschuss auszufüllen! | | |
| | Datum | Sign |
| Antragseingang: | _____ | _____ |
| Unterl.vollst. | _____ | _____ |
| Datum der Zulassung: | _____ | _____ |

Ich beantrage hiermit die Zulassung zur
Zahnärztlichen Prüfung im Winter-/
Sommersemester 20____nach § 8 der
Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO)

**Anmeldeschluss:
15. Februar/15. Juli**

Familienname (ohne Namenszusätze):

Geburtsname:

Namenszusätze (Dr., von,):

Vorname(n) Schreibweise lt.

Geburts- bzw. Abstammungsurkunde

Geburtsdatum

Geschlecht:

männl.

weibl.

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Matrikelnummer / Fachsemester:

Anschrift, an die der Zulassungsbescheid für die Prüfung und das Prüfungsergebnis geschickt werden sollen:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon-Nr.:

Diesem Antrag füge ich folgende Originalunterlagen bei. Für fremdsprachige Urkunden füge ich jeweils eine
zusätzliche **beglaubigte Übersetzungen** bei.

(Anmerkung: für Nr. 1 und 2 können auch beglaubigte Abschriften vorgelegt werden)

1. Geburtsurkunde

oder ein Auszug aus dem Familienbuch der Eltern,
bei Verheirateten auch die

2. Heiratsurkunde

oder ein Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch

3. Lichtbild

4. Studienbuch

oder die an der jeweiligen Hochschule zum Nachweis der Studienzeit an seine Stelle tretenden Unterlagen.
Das für die Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung vorgeschriebene Studium der Zahnheilkunde von
mindestens fünf Semestern nach Bestehen der Zahnärztlichen Vorprüfung wurde dementsprechend wie folgt
absolviert:

| <u>Semester</u> | <u>Hochschule</u> | <u>Semester</u> | <u>Hochschule</u> |
|-----------------|-------------------|-----------------|-------------------|
| 1. WS / SS * | | 8. WS / SS | |
| 2. WS / SS | | 9. WS / SS | |
| 3. WS / SS | | 10. WS / SS | |
| 4. WS / SS | | 11. WS / SS | |
| 5. WS / SS | | 12. WS / SS | |
| 6. WS / SS | | 13. WS / SS | |
| 7. WS / SS | | 14. WS / SS | |

* bitte Jahr angeben

5. Zeugnis der zahnärztlichen Vorprüfung

aus _____ vom _____

6. Nachweis über angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Studienzeiten:

von _____ Semestern
angerechnet durch (Behörde):
Schreiben vom (Datum):

7. Nachweis über anerkannte Praktika vom (Datum, Einrichtung, Fachgebiet)

8. einen eigenhändig geschriebenen Lebenslauf

9. Bescheinigungen über die Teilnahme an den nach § 19 Abs. 3 ZAppO vorgeschriebenen Vorlesungen und Kursen:

9.1 Vorlesungsnachweise

Nachweise, dass ich während mindestens eines Semesters je eine Vorlesung über

| | |
|--|----------|
| Einführung in die Zahnheilkunde | Semester |
| allgemeine Pathologie | Semester |
| spezielle Pathologie | Semester |
| allgemeine Chirurgie | Semester |
| HNO-Krankheiten | Semester |
| Hygiene / Gesundheitsfürsorge | Semester |
| Medizin. Mikrobiologie m. prakt. Übungen | Semester |
| Einf. in die Kieferorthopädie | Semester |
| Berufskunde | Semester |
| Geschichte d. Medizin | Semester |

die Nachweise, dass ich während mindestens zweier Semester je eine Vorlesungen über

Ausweislich meines Studienbuches

* Pharmakologie (einschließlich Rezeptierkurs)

im und im Semester

* Innere Medizin

im und im Semester

* Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten I/II

im und im Semester 19

* Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie I/II

im und im Semester

* Zahnerhaltungskunde

im und im Semester

* Zahnersatzkunde I/II

im und im Semester 19

* Kieferorthopädie

im _____ und im _____ Semester
gehört habe.

* Bei Semester bitte das Jahr angeben

9.2 Praktikantenachweise

Nachweise, dass ich an folgenden Kursen /praktischen Übungen, die während eines oder mehrerer Semester stattfanden, regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen habe:

- * patho-histologischer Kurs
- * Kursus der klinisch- chemischen und
physikalischen Untersuchungsmethoden
- * radiologischer Kursus / Strahlenschutz
- * Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde
- * Kursus der kieferorthopädischen Technik
- * Auskultant in der chirurgischen PK
- * Auskultant der Klinik und PK für ZMK
- * Praktikant der Hautklinik

- * Operationskurs I
- * Operationskurs II
- * Kursus der kieferorthopädischen Behandlung 1
- * Kursus der kieferorthopädischen Behandlung 2
- * Kursus und PK der Zahnerhaltung I
- * Kursus und PK der Zahnerhaltung II
- * Kursus und PK der Zahnersatzkunde I
- * Kursus und PK der Zahnersatzkunde II

Praktikant der Klinik u. PK für ZMK I

Praktikant der Klinik u. PK für ZMK II

Praktikant der Klinik u. PK für ZMK III

ZMK: Zahn-, und Kieferkrankheiten

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass

- a) über die Zulassung zu einer Prüfung oder zu einem Prüfungsabschnitt der Ausschuss für die zahnärztliche Prüfung entscheidet,
- b) der Antrag auf Zulassung schriftlich zu stellen ist und bis spätestens 15. Februar bzw. 15. Juli für die nachfolgende Prüfung dem Ausschuss vorliegen muss,
- c) die Zulassung zu versagen ist, wenn
 1. die Prüfungsbewerber in den Fällen des § 10 Abs. 1 die fehlenden Nachweise nicht innerhalb der vom Ausschuss bestimmten Frist nachreicht,
 2. die Prüfung oder der Prüfungsabschnitt nicht wiederholt werden darf oder
 3. ein Grund vorliegt, der zur Versagung der Approbation als Zahnarzt wegen Fehlens einer der Voraussetzungen des § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärztleordnung führen würde.

Tritt ein Prüfling nach seiner Zulassung von einer Prüfung oder einem Prüfungsabschnitt zurück, so hat er die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich mitzuteilen. Genehmigt der Prüfungsausschuss den Rücktritt, so gilt die Prüfung oder der Prüfungsabschnitt als nicht unternommen. Die Genehmigung ist nur zu erteilen, wenn wichtige Gründe vorliegen. Im Falle einer Krankheit wird die Vorlage einer **amtsärztlichen Bescheinigung** verlangt. Wird die Genehmigung für den Rücktritt nicht erteilt oder unterlässt es der Prüfling, die Gründe für seinen Rücktritt unverzüglich mitzuteilen, so gilt die Prüfung oder der Prüfungsabschnitt als **nicht bestanden**.

Mit nachstehender Unterschrift versichere ich gleichzeitig, dass ich bisher an keiner zahnärztlichen Prüfung ohne Erfolg teilgenommen habe.

Die vorstehenden Angaben habe ich, unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben, wahrheitsgemäß und vollständig gemacht. Die Zustellung der Zulassung und Ladung zur Zahnärztlichen Prüfung kann unter der eingangs genannten Anschrift erfolgen. Da ich gegen Empfangsbekanntnis geladen werde, habe ich für den Fall meiner Abwesenheit einer empfangsberechtigten Person entsprechende Postvollmacht erteilt.

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Ort, Datum

(Eigenhändige Unterschrift)