

Antrag auf Zulassung
zum Zweiten Abschnitt der
Pharmazeutischen Prüfung

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte
rechtzeitig an Ihr Landesprüfungsamt.
Tel.: (03 51) 8 25 26 00,

E-Mail:

Meldeschluss: 10.01. bzw. 10.06.

1. Allgemeine Angaben

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung.
Angabe des Halbjahres * Erstes Halbjahr 20 Zweites Halbjahr 20

Prüfungsfächer * 1)
in allen fünf Prüfungsfächern
oder wegen erfolgter Anerkennung nach § 22 Abs. 2 AAppO bzw. teilweisem Bestehen nur im Fach:
Pharmazeutische/Medizinische Chemie Pharmazeutische Technologie/Biopharmazie klinische Pharmazie
Pharmazeutische Biologie Pharmakologie und Toxikologie
Ich bin/war im Fach Pharmazie eingeschrieben an der Universität
Matrikel-Nummer * BAföG-Nummer

Persönliche Angaben
Familienname * 2) Vorname *
Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.) Geschlecht *
 weiblich männlich
Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen) Staatsangehörigkeit *
Geburtsdatum * Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde) *

2. Anschrift an welche die Zulassung und die Prüfungsmittelungen versandt werden sollen

Straße/Haus-Nr. *
Postleitzahl * Ort *
E-Mail ggf. Telefon

1) Bitte geben Sie die Prüfungsfächer an (entweder alle oder einzeln) 2) Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze

3. Hochschulzugangsberechtigung (HZB)		(Bitte nur ausfüllen, wenn die HZB in Deutschland erworben wurde)
Semester der Erstimmatrikulation * im Studienfach PHARMAZIE im Inland z.B. SS03 oder WS03/04	Anzahl der pharmazeutischen Fachsemester * einschließlich ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester, (z.B. 6)	

4. Pharmazeutische Fachsemester			
an der Universität		vom	bis
an der Universität		vom	bis
an der Universität		vom	bis
an der Universität		vom	bis
Anzahl der Urlaubssemester		vom	bis
	bestanden am *	Prüfungsort *	
Erster Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung:			

5. Teilnahme an der Pharmazeutischen Prüfung			
Ich habe am Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung *			
<input type="checkbox"/> bisher nicht teilgenommen <input type="checkbox"/> ohne Erfolg teilgenommen (Dazu zählen auch Fälle, in denen die Prüfung wegen Nichtgenehmigung des Rücktritts von der Prüfung oder aus sonstigen Gründen für nicht bestanden erklärt wurde.)			
am	in		LPA-Nummer
am	in		Fach

6. Beigefügte Anlagen	
Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original beigefügt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.	
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
<input type="checkbox"/>	Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur bei Namensänderung)
<input type="checkbox"/>	Studienverlaufsbescheinigung
<input type="checkbox"/>	letzte Immatrikulationsbescheinigung
<input type="checkbox"/>	Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Pharmazeutischen Prüfung

7. Bescheinigungen über regelmäßige u. erfolgreiche Teilnahme an den Lehrveranstaltungen

Stoffgebiet E
 Pathophysiologie / Pathobiochemie

Stoffgebiet F
 Pharmazeutische Technologie (einschließlich Medizinprodukten)
 Biopharmazie (einschließlich arzneiformenbezogener Pharmakokinetik)

Stoffgebiet G
 Pharmazeutische Biologie; Arzneipflanzen, biogene Arzneistoffe, Biotechnologie

Stoffgebiet H
 Arzneimittelanalytik (Drug Monitoring, toxikologische und umweltrelevante Untersuchungen)
 Arzneistoffanalytik unter besonderer Berücksichtigung der Arzneibücher (Qualitätskontrolle und -sicherung bei Arzneistoffen) und der entsprechenden Normen für Medizinprodukte

Stoffgebiet I
 Klinische Pharmazie
 Pharmakologie und Toxikologie
 Spezielle Rechtsgebiete für Apotheker

Stoffgebiet K
 Wahlpflichtfach

8. Erklärungen

8.1 Allgemeine Erklärungen
 Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr. Gründe für die Versagung der Approbation als Apotheker gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 oder 3 der Bundesapothekerordnung liegen mir nicht vor.
 Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

8.2 Das inhaltlich Kenntnis genommen. **nach der Approbationsordnung für Apotheker habe ich erhalten und**

8.3 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 [hier](#) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

8.4 Erklärung zum Datenschutz (Datenverarbeitung allgemein)
 Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle im Prüfungsverfahren zu erhebenden Daten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.
 Datum * Ort *

 eigenhändige Unterschrift

8.5 Erklärung zum Datenschutz (Datenverarbeitung bei Rücktritts- oder Säumnisverfahren)
 Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass alle in einem eventuellen Rücktritts- oder Säumnisverfahren bei der Staatsprüfung zu erhebenden ärztlichen Gutachten bei der Landesdirektion Sachsen verarbeitet werden dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft gegenüber der Landesdirektion Sachsen widerrufen werden.
Es wird darauf hingewiesen, dass die Beurteilung der Prüfungs(un)fähigkeit des Antragstellers ohne entsprechende ärztliche Nachweise im Regelfall nicht möglich ist. Ohne entsprechende ärztliche Nachweise eingehende Anträge auf Genehmigung des Rücktritts/der Säumnis können daher die Ablehnung des Antrages nach sich ziehen.
 Datum * Ort *

 eigenhändige Unterschrift

Bearbeitungsvermerke (nur vom Landesprüfungsamt auszufüllen)

Antrag geprüft	Sachbearbeiter	Datum				
Prüfungen						
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">I</td> <td style="padding: 5px;">II</td> <td style="padding: 5px;">III</td> <td style="padding: 5px;">IV</td> </tr> </table>			I	II	III	IV
I	II	III	IV			