

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

Saal

LPA-Nr.

**M2**

## Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte  
rechtzeitig an Ihr Landesprüfungsamt.  
Tel.: (0351) 825 2613, Fax: (0351) 825 9201,  
E-Mail:

### Prüfungszeitraum \*

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung für folgenden Zeitraum:

**Erstes Halbjahr (April) des Prüfungsjahres 20**  
(Anmeldeschluss 10. Januar)

**Zweites Halbjahr (Oktober) des Prüfungsjahres 20**  
(Anmeldeschluss 10. Juni)

### 1. Antragsteller

#### Universität

Ich bin/war im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität: \*

Matrikel-Nummer \*

BAföG-Nummer

Dresden

Leipzig



#### Persönliche Angaben

Familiennamen \* <sup>1)</sup>

Vorname \*

Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)

Geschlecht \*

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Staatsangehörigkeit \*

Geburtsdatum \*

Geburtsort \* <sup>2)</sup>

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

Straße/Haus-Nr. \*

Postleitzahl \* Ort \*

E-Mail

ggf. Telefon

1) Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze

2) Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde, aber ohne Postleitzahl

### 3. Semester Erstimmatrikulation / Anzahl Fachsemester

Semester der Erstimmatrikulation im Studienfach HUMANMEDIZIN im Inland (z.B. SS03 oder WS03/04): \*

Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester: \*

### 4. Angerechnete Semester

Anzahl der angerechneten Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Medizinstudien:

durch (Behörde)

mit Schreiben vom            Geschäftszeichen

Art der Hochschulzugangsberechtigung (bitte ggf. Pkt. 7.2 beachten)

Jahr	Note	Punkte
------	------	--------

### 5. Medizinische Fachsemester / Urlaubssemester

(ohne angerechnete Semester)

Anzahl Fachsemester    an der Universität

Anzahl Fachsemester    an der Universität

Anzahl Urlaubssemester WS/SS

### 6. Teilnahme am Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

bestanden am \*            Prüfungsort \*

### 7. Beigefügte Unterlagen

(Bei Antragstellung bitte **vollständig** einreichen!)

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original beigefügt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

#### 7.1. Allgemeine Anlagen

Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern  
(wurde Physikum in Sachsen absolviert, Kopie ausreichend)

Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch  
(nur bei Namensänderung)

Zeugnis über den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  
(wenn in Sachsen absolviert, Kopie ausreichend)

vollständige Studienverlaufsbescheinigung

laufende Immatrikulationsbescheinigung  
(mit Angabe der Fachsemester/bei Erwerb eines Scheines an einer anderen Universität bitte Zweithöernachweis beilegen)

#### 7.2 sonstige Unterlagen

**- nur für Studierende, welche den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht in Deutschland absolviert haben -**

Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung (Kopie ausreichend)

## zu 7. Beigefügte Unterlagen

(Bei Antragstellung bitte **vollständig** einreichen!)

### 7.3 Bescheinigungen über (fächerübergreifende) Leistungsnachweise

Gesamtbescheinigung vom "Referat Lehre"

Praktikum der Allgemeinmedizin	Humangenetik
Anästhesiologie	Hygiene, Mikrobiologie, Virologie
Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	Innere Medizin
Augenheilkunde	Kinderheilkunde
Chirurgie	Klinische Chemie
Dermatologie/ Venerologie	Neurologie
Frauenheilkunde/Geburtshilfe	Orthopädie
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	Psychiatrie und Psychotherapie
Pharmakologie / Toxikologie	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Pathologie	Rechtsmedizin
Urologie	
Wahlfach:	

### 7.4 Bescheinigungen über Leistungsnachweise in Querschnittsbereichen

Epidemiologie, med. Biometrie und med. Informatik  
Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin  
Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentl. Gesundheitspflege  
Infektiologie, Immunologie  
Klinisch-pathologische Konferenz  
Klinische Umweltmedizin  
Medizin des Alterns und der alten Menschen  
Notfallmedizin  
Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie  
Prävention, Gesundheitsförderung  
Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz  
Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren  
Palliativmedizin  
Schmerztherapie (ab Herbst 2016)

### 7.5 Bescheinigungen über Leistungsnachweise in Blockpraktika

Innere Medizin  
Chirurgie  
Kinderheilkunde  
Frauenheilkunde  
Allgemeinmedizin

## 8. Ableistung der Famulatur \*

Anerkennungsschreiben des LPA für im Ausland absolvierte Famulaturen liegt bei.

Zeugnisse für in Deutschland absolvierte Famulaturen liegen im Original bei.

## 9. Erklärungen

### 9.1 Allgemeine Erklärungen

Für meine Prüfungsgruppe darf die Telefonnummer weitergegeben werden: Ja  Nein

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung liegen bei mir nicht vor.

Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

### 9.2 Das **nach der Approbationsordnung für Ärzte habe ich erhalten und inhaltlich Kenntnis genommen.**

### 9.3 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 [sachsen.sachsen.de](#) sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

### 9.4 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

### 9.5 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

## Informationsquellen

Auf der Webseite [www.sachsen.sachsen.de](#) des Sächsischen Landesprüfungsamtes für akademische Heilberufe finden Sie u.A.

Merkblätter mit Informationen für die Anmeldung zur Prüfung sowie

## Bearbeitungsvermerke

(nur vom Landesprüfungsamt auszufüllen)

Antrag vorgeprüft

Die nach § 10 Abs. 4 ÄAppO geforderten Antragsunterlagen sind vollständig

Zulassungsschreiben fertigen

Sachbearbeiter

Datum