

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

Saal

LPA-Nr.

M3

Antrag auf Zulassung

zum Dritten Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte
rechtzeitig an Ihr Landesprüfungsamt.
Tel.: (0351) 825 2612, Fax: (0351) 825 9201

E-Mail:

Prüfungszeitraum *

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

Erstes Halbjahr (Mai/Juni) des Prüfungsjahres 20
(Anmeldeschluss 10. Januar)

Zweites Halbjahr (Nov./Dez.) 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

--	--

Familienname * ¹⁾

Vorname *

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

Geschlecht *

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Staatsangehörigkeit *

Geburtsdatum *

Geburtsort * ²⁾

2. Versandanschrift

Anschrift, an welche die Zulassung und die Prüfungsmitteilungen 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. SS17 oder WS17/18): *

Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester (z.B. 12): *

4. Angerechnete Semester

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

durch (Behörde)

mit Schreiben vom Geschäftszeichen

5. Medizinische Fachsemester / Urlaubssemester

(ohne angerechnete Semester)

Anzahl Fachsemester an der Universität

Anzahl Fachsemester an der Universität

Anzahl Urlaubssemester WS/SS

6. Teilnahme an den Ärztlichen Prüfungen

Erster Abschnitt der ärztlichen Prüfung

bestanden am * Prüfungsort *

Zweiter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

bestanden am * Prüfungsort *

7. Beigefügte Anlagen

Diese Unterlagen reichen Sie bitte bei Antragstellung vollständig ein!

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

Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
(wenn 2. Staatsexamen in Sachsen absolviert wurde, Kopie ausreichend)

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

vollständige Studienverlaufsbescheinigung

letzte Immatrikulationsbescheinigung

Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnittes der Ärztlichen Prüfung
(wurde die Prüfung vor dem Sächsischen Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe abgelegt, ist eine einfache Kopie ausreichend)

Nachweis über angerechnete Studienzeiten nach § 12 ÄAppO (Auslandsstudium o.ä.)

8. Ablauf der Praktischen Ausbildung (Bitte ausfüllen, auch wenn die Bescheinigungen noch nicht beiliegen!)

	Fachgebiet	Bezeichnung der Krankenanstalt	Bescheinigung		
			vorläufig	endgültig	Nachreichung
a					
b					
c					

Bitte geben Sie unter Buchstabe c als weiteres Fachgebiet Ihr Wahlfach an!

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 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 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