

## Äquivalenzbescheinigung

Anrechnung von Studienleistungen  
auf das Studium der Medizin

### Angaben zum Antragsteller \*

Name, Vorname

Geburtsdatum      Geburtsort

### Anschrift

Straße/Haus-Nr.

PLZ                      Ort

Telefon

E-Mail

### Antragsgegenstand \*

Ich beantrage die kostenpflichtige Anrechnung der nachfolgend bescheinigten Studienleistungen auf das Studium der Medizin. Für die Anrechnung werden Verwaltungsgebühren nach dem 10. Sächsischen Kostenverzeichnis i.H.v. 35,00 EUR bis 550,00 EUR erhoben.

Studiengang, in dem die Studienleistungen erbracht wurden:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

## Erklärungen

Ich versichere, dass ich keine Anrechnung von Leistungsnachweisen beantrage, die ich in Deutschland endgültig nicht bestanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum / eigenhändige Unterschrift

## 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.

## Anlagen

(im Original oder in durch deutsche Behörden oder EU-Notare beglaubigter Kopie)

Immatrikulationsbescheinigung des bereits absolvierten Studiengangs und aktuelle Immatrikulationsbescheinigung Medizin

Leistungsnachweise aus dem verwandten Studiengang oder Ausland

Falls nur in digitaler Form vorliegend, bitte direkt (ohne Weiterleitung) per E-Mail durch Universität bestätigen lassen. Nicht notwendig bei digitaler Verifizierungsmöglichkeit (QR-Code/Ident.-Nummer).

Vorlage Personalausweis oder Geburtsurkunde

Bei Erstantrag Hochschulzugangsberechtigung

Ggf. Anrechnungsbescheid anderer Landesprüfungsämter

Ggf. Nachweise über Ableistung der Ersten Hilfe gem. § 5 ÄApprO und/oder des Krankenpflagedienstes gem. § 6 ÄApprO

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

Zu nachfolgenden Leistungsnachweisen wird die Gleichwertigkeit der Studienleistung bescheinigt:		
Lehrveranstaltung im verwandten Studiengang	Leistungsnachweise zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Unterschrift/Stempel der/des Lehrbeauftragten
	Praktikum der Physik für Mediziner	
	Praktikum der Chemie für Mediziner	
	Praktikum der Biologie für Mediziner	
	Praktikum der Physiologie	
	Praktikum der Biochemie/Molekularbiologie	
	Kursus der makroskopischen Anatomie	
	Kursus der mikroskopischen Anatomie	
	Kursus der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie	
	Seminar Physiologie	
	Seminar Biochemie /Molekularbiologie	
	Seminar Anatomie	
	Seminar der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie	
	Praktikum zur Einführung in die klinische Medizin	

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

bzw. ausfüllen!

Alle Felder mit einem \* sind unbedingt auszufüllen. Zutreffendes bitte ankreuzen

**Zu nachfolgenden Leistungsnachweisen wird die Gleichwertigkeit der Studienleistung bescheinigt:**

Lehrveranstaltung im verwandten Studiengang	Leistungsnachweise zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Unterschrift/Stempel der/des Lehrbeauftragten
	Praktikum der Berufsfelderkundung	
	Praktikum der medizinischen Terminologie	
	Wahlfach *1 (gemäß § 2 Abs. 8 ÄAppO)	
	Seminare mit klinischem Bezug	
	klinisch integrierte Seminare	

\*1 Bitte die genaue Bezeichnung des Wahlfaches eintragen

\*2 Bitte Note eintragen