

# Äquivalenzbescheinigung

Anrechnung von Studienleistungen  
auf das Studium der Medizin

med 2

## 1. Angaben zum Antragsteller \*

Name, Vorname

Geburtsdatum      Geburtsort

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

## 2. Antragsgegenstand

Ich beantrage die kostenpflichtige Anrechnung der nachfolgend bescheinigten Studienleistungen auf das Studium der Medizin.

Für die Anrechnung werden Verwaltungsgebühren nach dem 9. Sächsischen Kostenverzeichnis i.H.v. 25,00 EUR bis 130,00 EUR erhoben.

Studiengang, in dem die Studienleistungen erbracht wurden:

## 3. Erklärungen

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

### 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.

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

## 4. Anlagen

Immatrikulationsbescheinigung des bereits absolvierten Studiengangs und aktuelle Immatrikulationsbescheinigung Medizin

Leistungsnachweise (Original oder beglaubigte Kopien) aus dem verwandten Studiengang

Zeugnis über den Ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Kopie)

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 Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	Note <sup>*2</sup>	Unterschrift/Stempel der/des Lehrbeauftragten
	LN Allgemeinmedizin		
	LN Anästhesiologie		
	LN Arbeitsmedizin, Sozialmedizin		
	LN Augenheilkunde		
	LN Chirurgie		
	LN Dermatologie, Venerologie		
	LN Frauenheilkunde, Geburtshilfe		
	LN Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		
	LN Humangenetik		
	LN Hygiene, Mikrobiologie, Virologie		
	LN Innere Medizin		
	LN Kinderheilkunde		
	LN Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik		

\*2 Bitte gegebenenfalls Note eintragen

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

Lehrveranstaltung im verwandten Studiengang	Leistungsnachweise zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (QB = Querschnittsbereich)	Note <sup>*1</sup>	Unterschrift/Stempel der/des Lehrbeauftragten
	LN Neurologie		
	LN Orthopädie		
	LN Pathologie		
	LN Pharmakologie, Toxikologie		
	LN Psychiatrie und Psychotherapie		
	LN Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
	LN Rechtsmedizin		
	LN Urologie		
	Wahlfach <sup>*2</sup> (gemäß § 2 Abs. 8 ÄAppO)		
	QB Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik		
	QB Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin		
	QB Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen		
	QB Infektiologie, Immunologie		

<sup>\*1</sup> Bitte gegebenenfalls Note eintragen

<sup>\*2</sup> Bitte die genaue Bezeichnung des Wahlfaches eintragen

bzw. ausfüllen!

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

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

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

Lehrveranstaltung im verwandten Studiengang	Leistungsnachweise zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (QB = Querschnittsbereich   BP = Blockpraktikum)	Note <sup>**1</sup>	Unterschrift/Stempel der/des Lehrbeauftragten
	QB Klinisch-pathologische Konferenz		
	QB Klinische Umweltmedizin		
	QB Medizin des Alterns und des alten Menschen		
	QB Notfallmedizin		
	QB Klinische Pharmakologie/ Pharmakotherapie		
	QB Prävention, Gesundheitsförderung		
	QB Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz		
	QB Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren		
	QB Palliativmedizin		
	QB Schmerzmedizin		
	BP Innere Medizin		
	BP Chirurgie		
	BP Kinderheilkunde		
	BP Frauenheilkunde		
	BP Allgemeinmedizin		

<sup>\*\*1</sup> Bitte gegebenenfalls Note eintragen

bzw. ausfüllen!

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