

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

Mündlich-praktische Prüfung

Erste Wiederholungsprüfung

Zweite Wiederholungsprüfung

LPA-Nr.



**Antrag auf Zulassung
zum Zweiten Abschnitt
der Zahnärztlichen Prüfung**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte
rechtzeitig an das Landesprüfungsamt.
Tel.: (0351) 825 2619, Fax: (0351) 825 9999

E-Mail:

Prüfungszeitraum *

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung für folgenden Zeitraum:

Erstes Halbjahr (März) des Prüfungsjahres 20 (Anmeldeschluss 10. Januar)	Zweites Halbjahr (September) des Prüfungsjahres 20 (Anmeldeschluss 10. Juni)
---	---

1. Antragsteller/in

Universität
Ich bin im Fach Zahnmedizin eingeschrieben an der Universität: *

Matrikel-Nummer *		BAföG-Nummer
<input type="checkbox"/> Dresden	<input type="checkbox"/> Leipzig	<input type="text"/> <input type="text"/>

Persönliche Angaben

Familienname * ¹⁾	Vorname *
Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)	Geschlecht *
Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)	Staatsangehörigkeit *
Geburtsdatum *	Geburtsort * ²⁾

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

Straße Haus-Nr. *	Zusatz
Postleitzahl * Ort *	
E-Mail *	Telefon *

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

3. Angerechnete Semester

Angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Studien der Zahnmedizin:

Anzahl durch (Behörde)

mit Schreiben vom (Datum) Geschäftszeichen/Aktenzeichen

4. Zahnmedizinische Fachsemester/Urlaubssemester

(ohne angerechnete Semester)

Semester der Erstimmatrikulation an einer deutschen Universität im Studienfach Zahnmedizin: *
(z.B.: für Wintersemester der Jahre 2021/2022: WS21/22 eintragen;
für Sommersemester des Jahres 2023: SS23 eintragen)

Anzahl der Fachsemester einschließlich ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester:
(z.B. 6)

Anzahl

Fachsemester an der Universität

Fachsemester an der Universität

Urlaubssemester WS/SS

5. Teilnahme am Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung:

bisher nicht teilgenommen.*

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

6. Beigefügte Anlagen

(Diese Unterlagen reichen Sie bitte bei Antragstellung vollständig ein!)

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen **im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie** beigefügt.
Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils **amtlich beglaubigte Übersetzungen** bei.

Amtlich beglaubigte Kopien erhalten Sie bei allen deutschen Behörden, die ein Dienstsiegel führen (z. B. Stadt- und Gemeindeverwaltungen, Landratsämter, Rathäuser, Bürgerbüros). Hinweis: Kopien, die von Krankenkassen beglaubigt wurden, erfüllen die Voraussetzungen einer amtlich beglaubigten Kopie nicht.

- 01 Identitätsnachweis: amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises oder Reisepasses
- 02 Heiratsurkunde / Lebenspartnerschaftsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur bei Namensänderung)
- 03 Studienverlaufsbescheinigung (einzeln aufgeführte Semester)
- 04 laufende Immatrikulationsbescheinigung (bei Erwerb eines Scheines an einer anderen Universität bitte Zweithörernachweis beilegen)
- 05 Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung

7. Bescheinigungen

06-09 **Gesamtbescheinigung** vom "Referat Lehre"

Hinweis: Im Regelfall fragt das LPA die Gesamtbescheinigung direkt bei der betreffenden Universität ab

oder Einzelbescheinigungen

Hinweis: Die Nachreichungsfrist finden Sie auf unserer Webseite

06 Praktikum der Zahnerhaltungskunde am Phantom

07 Praktikum der zahnärztlichen Prothetik am Phantom

08 Praktikum der kieferorthopädischen Propädeutik und Prophylaxe

09 Praktikum der zahnärztlich-chirurgischen Propädeutik und der Notfallmedizin

8. Erklärungen

8.1 Allgemeine Erklärungen

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Zahnarzt gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde liegen bei mir nicht vor.

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

8.2 Anmeldung zu den Prüfungen

Die Informationen über die Anmeldung zu den Prüfungen nach der Approbationsordnung für Zahnärzte und Zahnärztinnen unter habe ich inhaltlich zur Kenntnis genommen.

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 sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

Datum *

Ort *

eigenhändige Unterschrift