

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

**Mündlich-praktische Prüfung**

Erste Wiederholungsprüfung

Zweite Wiederholungsprüfung

LPA-Nr.

**Z2**

**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 Zweiten 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

Dresden

Leipzig

**Persönliche Angaben**

Familienname \* <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. \*

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. 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. 4)

#### Anzahl Fachsemester an der Universität

Anzahl                      Bezeichnung der Universität

Urlaubssemester      WS/SS

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

Anzahl                      durch (Behörde)

mit Schreiben vom  
(Datum)                      Geschäftszeichen/Aktenzeichen

### 4. Teilnahme am Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung \*

Bestanden am      Prüfungsort

### 5. Teilnahme am Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

#### Ich habe am Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung \*

bisher nicht teilgenommen.

mit Erfolg teilgenommen

Datum                      Ort

ohne Erfolg teilgenommen.

(Dazu zählen auch Fälle, in denen die Prüfung wegen Nichtgenehmigung des Rücktritts/der Säumnis von der Prüfung oder aus sonstigen Gründen für nicht bestanden erklärt wurde)

Fächergruppe/Fach    Datum                      Ort

## 6. Beigefügte Anlagen

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

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen 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 (wurde die Prüfung vor dem Sächsischen Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe abgelegt, ist eine einfache Kopie ausreichend)

## 7. Bescheinigungen

### 06-09 Einwilligung in die elektronische Übermittlung der Gesamtbescheinigung durch die Universität an das Sächsische Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe

Hiermit willige ich in die elektronische Übermittlung der Bescheinigungen nach dem Muster der Anlage 5 oder eine zusammenfassende Bescheinigung nach dem Muster der Anlage 7 über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den nach Anlage 2 vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltungen durch die Universität an das Sächsische Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe ein.

**Hinweis:** Wird die Einwilligung zur Übermittlung nicht erteilt, hat der oder die Studierende für die Übermittlung der o.g. Bescheinigungen an das Sächsische Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe selbst zu sorgen.

### 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.

## 9. 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

## Bearbeitungsvermerke

(nur vom Landesprüfungsamt auszufüllen)

Antrag vorgeprüft

Meldebelegdaten geprüft

Büro-/Sachbearbeiter/in

Datum