

- wird vom Landesprüfungsamt ausgefüllt -

**Mündlich-Praktischer Prüfungsteil**  
 Erste Wiederholungsprüfung  
 Zweite Wiederholungsprüfung

**Schriftlicher Prüfungsteil**  
 Erste Wiederholungsprüfung  
 Zweite Wiederholungsprüfung

LPA-Nr.

**Z3**

## Antrag auf Zulassung zum Dritten 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 Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung für folgenden Zeitraum:

**Erstes Halbjahr des Prüfungsjahres 20**  
 (Anmeldeschluss 10. Januar)

**Zweites Halbjahr 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

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

### 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. 8)

#### 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                      Geschäftszeichen/Aktenzeichen  
(Datum)

### 4. Teilnahme am Ersten und Zweiten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfungen \*

#### Erster Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Bestanden am                      Prüfungsort

#### Zweiter Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung

Bestanden am                      Prüfungsort

### 5. Teilnahme am Dritten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung \*

#### Ich habe am Dritten 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 Nachweis über den Erwerb der Sachkunde im Strahlenschutz für das Anwendungsgebiet Intraorale Röntgendiagnostik mit dentalen Tubusgeräten, Panoramaschichtaufnahmen, Fernröntgenaufnahmen des Schädels
- 06 Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung (wurde die Prüfung vor dem Sächsischen Landesprüfungsamt für akademische Heilberufe abgelegt, ist eine einfache Kopie ausreichend)
- 07 Zeugnis über die Famulatur

## 7. Bescheinigungen

### 01-29 **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 8 über die regelmäßige und erfolgreiche Teilnahme an den nach Anlage 3 vorgeschriebenen Unterrichtsveranstaltungen und die erfolgreiche Teilnahme an Unterrichtsveranstaltungen an den in Anlage 4 genannten Fächern und Querschnittsbereichen 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

- |       |  |                                |  |  |               |
|-------|--|--------------------------------|--|--|---------------|
| 01-02 | Praktikum in der Klinik oder Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten   | <b>I und II</b>                |  |  |               |
| 03-04 | Praktikum der zahnmedizinischen Diagnostik und Behandlungsplanung  | <b>I und II</b>                |  |  |               |
| 05-06 | Praktikum der kieferorthopädischen Diagnostik und Therapie   | <b>I und II</b>                |  |  |               |
| 07-08 | Operationskurs   | <b>I und II</b>                |  |  |               |
| 09-12 | Integrierter Behandlungskurs   | <b>I und II und III und IV</b> |  |  |               |
| 13    | Radiologisches Praktikum   |                                |  |  |               |
| 14    | Fach Pharmakologie und Toxikologie   |                                |  |  |               |
| 15    | Fach Pathologie  |                                |  |  |               |
| 16    | Fach Hygiene, Mikrobiologie und Virologie  |                                |  |  |               |
| 17    | Fach Innere Medizin einschließlich Immunologie   |                                |  |  |               |
| 18    | Fach Dermatologie und Allergologie   |                                |  |  |               |
| 19    | Fach Berufskunde und Praxisführung   |                                |  |  |               |
| 20    | Querschnittsbereich Notfallmedizin   |                                |  |  |               |
| 21    | Querschnittsbereich Schmerzmedizin   |                                |  |  |               |
| 22    | Querschnittsbereich Medizin und Zahnmedizin des Alterns und des alten Menschen   |                                |  |  |               |
| 23    | Querschnittsbereich Klinische Werkstoffkunde   |                                |  |  |               |
| 24    | Querschnittsbereich Orale Medizin und systemische Aspekte  |                                |  |  |               |
| 25    | Querschnittsbereich Erkrankungen im Kopf-Hals-Bereich  |                                |  |  |               |
| 26    | Querschnittsbereich Gesundheitswissenschaften mit den Schwerpunkten Epidemiologie, Prävention, Gesundheitsförderung, Öffentliche Gesundheitspflege, Gesundheitsökonomie              |                                |  |  |               |
| 27    | Ethik und Geschichte der Medizin und der Zahnmedizin   |                                |  |  |               |
| 28    | Querschnittsbereich Wissenschaftliches Arbeiten mit den Schwerpunkten medizinische Biometrie, medizinische Informatik, Literaturrecherche und -bewertung und evidenzbasierte Medizin |                                |  |  |               |
| 29    | Wahlfach:  |                                |  |  | mit der Note: |

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

## 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