

An das
Studiendekanat Medizin
Fleischmannstr. 8

17475 Greifswald

Vom Studiendekanat auszufüllen!

Geprüft am:

Es fehlt:

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte
rechtzeitig an Frau Petra Meinhardt
(Tel: 03834/865008, Fax: 03834/865014)

Antrag auf Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung

an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Hiermit bitte ich gemäß §§ 33, 34, 35, 36 und 37 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO) um
Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung (ZP) im Anschluss an das

Wintersemester 20__ / 20__

Sommersemester 20__

Matrikelnummer

Familienname, ggf. auch Geburtsname

Vornamen (ggf. Rufnamen unterstreichen)

Geburtsdatum Geburtsort

Staatsangehörigkeit Geschlecht

Anschrift für die Übersendung des Zulassungsbescheides

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

**Ich füge diesem Antrag folgende Originalunterlagen bzw. beglaubigte Kopien (für ausländische
Urkunden jeweils auch die amtlich beglaubigten Übersetzungen) bei:**

Nur vom Studiendekanat anzukreuzen!

1. Geburtsurkunde, bei Ausländern Reisepass, bei Verheirateten Kopie aus dem Familienbuch, bei
eingetragenen Lebenspartnerschaften Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch wegen
Feststellung der Namensführung
2. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife;(bei ausländischen Zeugnissen zusätzlich Anerkennungs-
bescheid vom Kultusministerium eines deutschen Landes)

Jahr Bundesland

3. Zeugnis über das Bestehen der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung:
bestanden am vor dem Prüfungsausschuss
4. Zeugnis über das Bestehen der Zahnärztlichen Vorprüfung:
bestanden am vor dem Prüfungsausschuss
5. Nachweise über ein mindestens fünfsemestriges Studium der Zahnmedizin nach bestandener Zahnärztlicher Vorprüfung (ZVP) unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes (Leporello)
6. Lebenslauf

Studiengang: Bitte alle zahnmedizinischen Fachsemester und die angerechneten Studiensemester (A) sowie die genehmigten Urlaubssemester (U) vollständig von Beginn an eintragen:

Nicht zutreffendes streichen und das entsprechende Jahr ergänzen!

Semester und Jahr	Hochschule	Semester und Jahr	Hochschule
1. WS/SS		9. WS/SS	
2. WS/SS		10. WS/SS	
3. WS/SS		11. WS/SS	
4. WS/SS		12. WS/SS	
5. WS/SS		13. WS/SS	
6. WS/SS		14. WS/SS	
7. WS/SS		15. WS/SS	
8. WS/SS		16. WS/SS	

- ggf. Anrechnungsbescheid aus Fremdstudium oder Auslandsstudium als Nachweise über angerechnete Studienzeiten und prakt. Übungen nach § 19 Abs. 5 ZAppO

Nachweise über die Teilnahme an den gemäß 36 Abs. 1 zur ZAppO vorgeschriebenen praktischen Übungen und Vorlesungen:

Bitte in angegebener Reihenfolge vorlegen und nicht ankreuzen!

<input type="checkbox"/> patho-histologischer Kursus
<input type="checkbox"/> Kursus der klinisch-chemischen u. -physikalischen Untersuchungsmethoden
<input type="checkbox"/> Radiologie/Strahlenschutz Kursus
<input type="checkbox"/> Phantomkursus der Zahnerhaltungskunde
<input type="checkbox"/> Kursus der Kieferorthopädischen Technik (Propädeutik u. Prophylaxe)
<input type="checkbox"/> Mikrobiologie
<input type="checkbox"/> Operationskursus (Teil 1)
<input type="checkbox"/> Operationskursus (Teil 2)
<input type="checkbox"/> Kursus der kieferorthopädischen Behandlung (Teil 1)
<input type="checkbox"/> Kursus der kieferorthopädischen Behandlung (Teil 2)
<input type="checkbox"/> Auskultant Chirurgische Poliklinik
<input type="checkbox"/> Praktikant Hautklinik
<input type="checkbox"/> Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde als Praktikant (Teil 1)
<input type="checkbox"/> Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde als Praktikant (Teil 2)
<input type="checkbox"/> Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde als Praktikant (Prothetik I)
<input type="checkbox"/> Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde als Praktikant (Prothetik II)
<input type="checkbox"/> Auskultant Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
<input type="checkbox"/> Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten als Praktikant (Teil 1)
<input type="checkbox"/> Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten als Praktikant (Teil 2)
<input type="checkbox"/> Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten als Praktikant (Teil 3)

Vorlesungen über:

Einführung Zahnheilkunde; allg. Pathologie; spez. Pathologie; allg. Chirurgie; HNO-Krankheiten; Hygiene einschließlich Gesundheitsfürsorge; Mikrobiologie mit praktischen Übungen; Einführung Kieferorthopädie; Berufskunde; Geschichte der Medizin/Zahnheilkunde; Pharmakologie (einschl. Rezeptierkursus); Innere Medizin; Zahn-, Mund- u. Kiefer-Krankheiten; Zahn-, Mund- u. Kiefer-Chirurgie; Zahnerhaltungskunde; Primärprophylaxe; Kariologie; Endodontologie; Parodontologie; Kinderzahnheilkunde; Zahnersatzkunde u. Kieferorthopädie

Ich erkläre hiermit, dass ich zum ersten Mal an der Zahnärztlichen Prüfung im Geltungsbereich dieser Approbationsordnung teilnehme und mich nicht in einem anderen Prüfungsverfahren im Studiengang Zahnmedizin befinde. Ich habe den Prüfungsanspruch nicht durch Versäumen einer Wiederholungsfrist verloren.

Die ZAppO ist mir bekannt.

Ich verpflichte mich, dem Studiendekanat Medizin bis zum Erhalt des Zeugnisses über die Zahnärztliche Prüfung für Zahnärzte jede etwaige Anschriftenänderung mitzuteilen.

Ich versichere, dass ich die Angaben auf diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.

(Ort, Datum)

(eigenhändige Unterschrift)

Hinweise:

Sollten die im Antrag genannten Nachweise nicht alle fristgerecht im Studiendekanat Medizin eingereicht werden, erfolgt keine Zulassung zur Prüfung. Zur nächsten Prüfungsanmeldung ist ein neuer Antrag zu stellen und alle Nachweise sind erneut vorzulegen.