

Eingang der Unterlagen im Studiendekanat (Fleischmannstr. 8, 17475 Greifswald)
bis spätestens 25. Januar (Wintersemester) bzw. 25. Juni (Sommersemester)

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 Vorprüfung

an der Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald

Hiermit bitte ich gemäß §§ 25 und 26 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO) um Zulassung zur Zahnärztlichen Vorprüfung (ZVP) 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 Verheirateten/eingetragenen Lebenspartnerschaften Kopie aus dem Familienbuch wegen Feststellung der Namensführung, (bei Ausländern Reisepass)

2. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife; (bei ausländischen Zeugnissen zusätzlich Anerkennungsbescheid vom Kultusministerium eines deutschen Landes)

Jahr

Bundesland

3. Nachweise über ein mindestens fünfsemestriges Studium der Zahnmedizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes (Leporello)

Eingang der Unterlagen im Studiendekanat (Fleischmannstr. 8, 17475 Greifswald)
bis spätestens 25. Januar (Wintersemester) bzw. 25. Juni (Sommersemester)

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		7. WS/SS	
2. WS/SS		8. WS/SS	
3. WS/SS		9. WS/SS	
4. WS/SS		10. WS/SS	
5. WS/SS		11. WS/SS	
6. WS/SS		12. 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 § 26 Abs. 3 u. 4 ZAppO vorgeschriebenen praktischen Übungen und Vorlesungen:

Bitte in angegebener Reihenfolge vorlegen und nicht ankreuzen!

- Nachweise nach § 19 ZAppO
 Medizinische Terminologie bzw. „Latinum“
 Zeugnis über das Bestehen der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung

bestanden am vor dem Prüfungsausschuss

<input type="checkbox"/> anatomische Präparierübungen
<input type="checkbox"/> physiologisches Praktikum
<input type="checkbox"/> physiologisch-chemisches Praktikum
<input type="checkbox"/> mikroskopisch-anatomischer Kurs
<input type="checkbox"/> Kursus der technischen Propädeutik
<input type="checkbox"/> Phantomkurs der Zahnersatzkunde (vorlesungsfreie Zeit) – Teil 1
<input type="checkbox"/> Phantomkurs der Zahnersatzkunde – Teil 2
<input type="checkbox"/> Nachweise über Vorlesungen (laut Studienbuch) über eine Vorlesung während eines Semesters über Histologie und Entwicklungsgeschichte
<input type="checkbox"/> Nachweis über eine Vorlesung während zweier Semester über Physiologie, physiol. Chemie und Werkstoffkunde
<input type="checkbox"/> Nachweis über eine Vorlesung während dreier Semester über Anatomie
<input type="checkbox"/> Präventive Zahnheilkunde

Ich erkläre hiermit, dass ich zum ersten Mal an der ZVP 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 Vorprüfung 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.