

| | |
|--|---------------|
| Nachname, Vorname: | |
| Heimatanschrift; Straße, PLZ, Ort: | |
| Anschrift für die Übersendung des Zulassungs- und Ladungsbescheides; Straße, PLZ, Ort: | |
| Telefon: | Matrikel-Nr.: |
| E-Mail: | |

M 3 K

Landesamt für soziale Dienste
- Abt. Gesundheits- und Verbraucherschutz -
 z. Hd. Gesa Jörgensen
 Adolf-Westphal-Str. 4

Besuchszeit:
 Mo. - Fr.: 9.00 – 12.00 Uhr
 nachmittags nach Vereinbarung

24143 Kiel

Auskunft erteilt Frau Jörgensen: Telefon (0431) 988 - 5591
 E-Mail: Gesa.Joergensen@lasd.landsh.de
 Telefax (0431) 988 - 5601

Antrag auf Zulassung zum **Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012)**

-Bitte beachten Sie die Bekanntmachung auf der Seite der medizinischen Fakultät! -

Hiermit beantrage ich gemäß § 10 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im Anschluss an das **Sommersemester 2016**.

Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **Freitag, 10. Juni 2016** (Meldeschluss) dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit zugegangen sein müssen (**Anmeldung nach Vereinbarung**),
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung der endgültigen PJ-Bescheinigungen und der Gesamtbescheinigung aus dem Haus der Lehre **Donnerstag, 20. Oktober 2016** ist,
3. die Zulassung zu versagen ist, wenn
 - a) die vorgeschriebenen Nachweise nicht beigebracht werden,
 - b) die Prüfung oder der Prüfungsabschnitt nicht wiederholt werden darf,
 - c) die in § 11 Nr. 4 ÄAppO aufgeführten Gründe vorliegen.

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

- Ich nehme am Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012) zum ersten Mal teil.
- Ich habe am Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012) bereits am _____ vor dem Landesprüfungsamt _____, LPA-Nr. = **Ziffernfolge links unten auf dem Zeugnis**) _____ ohne Erfolg teilgenommen.

Diesem Antrag füge ich folgende angekreuzte Unterlagen im Original (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtliche Übersetzung) **in angegebener Reihenfolge** bei:

1. ausgefüllter Meldebeleg (blau)
2. Geburtsurkunde
3. ggf. Heiratsurkunde (nur bei Namensänderung)

- 4. Nachweis über ein mindestens 6-jähriges (12 Semester; davon 8 klinische) Studium der Medizin durch aktuelle Immatrikulationsbescheinigung
- a) Studiengang (medizinische Fachsemester ohne angerechnete Semester):
 - Semester bitte vollständig von Beginn an angeben (z.B.1. WS 08/09, CAU)
 - Urlaubssemester bitte deutlich mit „U“ kennzeichnen

| Semester WS / SS | Hochschule | Semester | Hochschule | Semester | Hochschule |
|---------------------|------------|----------|------------|----------|------------|
| 1. | | 8. | | 15. | |
| 2. | | 9. | | 16. | |
| 3. | | 10. | | 17. | |
| 4. | | 11. | | 18. | |
| 5. | | 12. | | 19. | |
| 6. | | 13. | | 20. | |
| 7. | | 14. | | 21. | |

- wenn der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen

- b) Ggf. Nachweise über angerechnete Studienzeiten gem. § 12 ÄAppO
- 5. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012), bestanden am _____ vor dem Landesprüfungsamt _____, LPA-Nr. = **Ziffernfolge links unten auf dem Zeugnis**)_____.
- 6. Ggf. Anrechnungsbescheid(e) über die Ableistung des Praktischen Jahres bzw. Teile des Praktischen Jahres im Ausland bzw. Befürwortung des Dekanats für andere Bundesländer
- 7. Bestätigung der Universität Kiel/Studiendekanat, dass das PJ insgesamt ordnungsgemäß abgeleistet wurde unter Vorlage aller PJ-Bescheinigungen und der Kitteltaschenhefte. Im Studiendekanat findet die Evaluation zur Verbesserung der Lehre und der Weiterempfehlung der Kliniken im Ausland-PJ für die nachfolgenden Studierenden statt. Ab dem ersten Fehltag im letzten Tertial oder zeitnah nach PJ-Ende (da die Zeit zwischen Ende des PJs und Beginn des Prüfungszeitraums sehr kurz ist!) suchen Sie bitte Frau Reim im Haus der Lehre vormittags zu den Sprechzeiten oder nach tel. Rücksprache (siehe Homepage der Medizinischen Fakultät) auf.
- 8. Endgültige Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme an der praktischen Ausbildung.

| | | | |
|-------------------|-----------|-----------|-----------------|
| | | | <u>Fehlzeit</u> |
| a) Innere Medizin | vom _____ | bis _____ | ; _____ |
| b) Chirurgie | vom _____ | bis _____ | ; _____ |
| c) Wahlfach | vom _____ | bis _____ | ; _____ |
- 9. 1 Foto, ca. Passbildgröße (Auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

_____, d. _____
 (Ort) (Datum) (eigenhändige Unterschrift)