

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

An das

M2 ÄAppO 2002 Kiel (altes Recht, nach dem PJ)

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 nur 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 Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2002)

Hiermit beantrage ich gemäß § 10 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im Anschluss an das **Sommersemester 2017**.

Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **Montag, 12.Juni 2017** (Meldeschluss) dem Landesamt für soziale Dienste zugegangen sein müssen (Anmeldungstermine: **nach Vereinbarung**).
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung der endgültigen Bescheinigungen **Montag, 14.August 2017** 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 Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **gem. ÄAppO 2002** insgesamt zum ersten Mal teil

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **gem. ÄAppO 2002** bereits ohne Erfolg teilgenommen (Vorlage des Nichtbestehensbescheides):
schriftlich mündlich

vor dem Landesprüfungsamt _____, LPA-Nr. _____

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **gem. AÄppO 1987** bereits am _____

vor dem Landesprüfungsamt _____, LPA-Nr. _____, ohne Erfolg teilgenommen (Vorlage des Nichtbestehensbescheides):

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

1. Ausgefüllte Meldebelege (1 grüner Durchschlagsbogen + 1 Blatt Notenaufstellung)
2. Geburtsurkunde (Kopie reicht aus)
3. ggf. Heiratsurkunde (nur bei Namensänderung relevant)

- 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
 - Urlaubssemester bitte deutlich mit „U“ kennzeichnen

Semester	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 der Ärztlichen Vorprüfung / des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung n. R.; 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. Zulassungsschreiben der Universität Kiel / Dekanat – zum PJ
- 8. Bestätigung der Universität Kiel/Studiendekanat, dass das PJ insgesamt ordnungsgemäß abgeleistet wurde (erhältlich nach PJ-Ende bei Frau Reim im Haus der Lehre vormittags zu den Sprechzeiten oder nach tel. Rücksprache (siehe Homepage der Medizinischen Fakultät) 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.
- 9. Endgültige Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme an der praktischen Ausbildung.

Fehlzeit

- a) Innere Medizin vom _____ bis _____ ; _____
- b) Chirurgie vom _____ bis _____ ; _____
- c) Wahlfach vom _____ bis _____ ; _____

- 10. 2 Fotos, ca. Passbildgröße (bitte auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

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