

Nachname, Vorname:	
Heimatanschrift; Straße, PLZ, Ort:	
Anschrift für die Übersendung des Zulassungs- und Ladungsbescheides; Straße, PLZ, Ort:	
<b>ACHTUNG: Versand der Ladungen erfolgt am Werktag nach Nachreichende per <u>Einschreiben!</u> Nachträgliche Adressänderungen sind nach Möglichkeit zu vermeiden!!!</b>	
Telefon:	Matrikel-Nr.:
E-Mail:	

An das

**M2 ÄAppO 2012 Kiel (vor 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

**-BITTE UNBEDINGT VORAB DIE BEKANNTMACHUNG LESEN (SEITE DER MED. FAKULTÄT)-**

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

Hiermit beantrage ich gemäß § 10 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) die Zulassung zum **Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012)** im Anschluss an das **Sommersemester 2017**. Das Bestehen dieser Prüfung ist **Zulassungsvoraussetzung für den Antritt des Praktischen Jahres**.

Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **Montag, 12.06.2017** (Meldeschluss) dem Landesamt für soziale Dienste zugegangen sein müssen (**Anmeldung nach Vereinbarung**).
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung fehlender Leistungsnachweise **Montag, 14.08.2017** ist (etwaige Nachprüfungen müssen bis dahin abgeschlossen sein, nicht im FACT enthaltene Leistungsnachweise wie Altscheine, Scheine anderer Universitäten bzw. Anrechnungen aus dem Ausland sind in Papierform vorzulegen),
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 **nach ÄAppO 2012** zum ersten Mal teil

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **nach ÄAppO 2012** bereits ohne Erfolg teilgenommen (Vorlage des Nichtbestehensbescheides):

vor dem Landesprüfungsamt \_\_\_\_\_, LPA-Nr. \_\_\_\_\_

Diesem Antrag füge ich folgende angekreuzte Unterlagen (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtliche Übersetzung) **in angegebener Reihenfolge** bei (**ACHTUNG:** alles im **Original oder amtlich beglaubigter Kopie erforderlich**, ausschließlich die Geburtsurkunde darf in einfacher Kopie eingereicht werden, die Immatrikulationsbescheinigung ist aus dem Studierendenwebservice auszudrucken):

- 1. ausgefüllte Meldebelege (1 grüner Durchschlagsbogen + 1 Blatt Notenaufstellung)  
– **Bitte übertragen Sie die Noten aus dem FACT auf das Blatt „Notenaufstellung“!–**
- 2. Geburtsurkunde
- 3. ggf. Heiratsurkunde (nur bei Namensänderung relevant)
- 4. Nachweis von mind. 6 Semestern nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (n. F.) bzw. der Ärztlichen Vorprüfung 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	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 und Leistungen gem. § 12 ÄAppO
- 5. Nachweis über eine **viermonatige Famulatur** (120 Tage)
- 6. Zeugnis über das Bestehen der Ärztlichen Vorprüfung / des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung n. R.; bestanden am \_\_\_\_\_ vor dem Landesprüfungsamt \_\_\_\_\_, LPA-Nr. **=(Achtung: LPA-Nummer = Ziffernfolge links unten auf Ihrem Zeugnis)**  
\_\_\_\_\_.
- 7. 1 Foto, ca. Passbildgröße (bitte auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

Ich erkläre mich mit der **elektronischen Weiterleitung** meiner Leistungsnachweise durch die CAU zu Kiel an das Landesprüfungsamt einverstanden. Sollten einzelne Leistungsnachweise im FACT-System der CAU nicht enthalten sein oder sollte es Unstimmigkeiten bzgl. der Benotung geben, lege ich die betreffenden Scheine sowohl dem Landesamt für soziale Dienste als auch dem Dekanat der medizinischen Fakultät (Ansprechpartnerin: Frau Dr. Hoppe, Tel.:0431/500-14441) in Papierform vor.

Sollte ich mich entscheiden, nach bestandener Prüfung **nicht** am Praktischen Jahr teilzunehmen, werde ich mich beim Dekanat der Medizinischen Fakultät **rechtzeitig** abmelden.

**Achtung:** mir ist bekannt, dass im Falle der **Nichtzulassung zum Examen** (Nichtbestehen von Scheinen oder Rückzug des Antrags vor Ladung) für den nächsten Durchgang, an dem ich teilnehmen möchte, eine selbständige Neuanmeldung meinerseits erforderlich ist. Eine **automatische Ladung** für den nächsten Durchgang erfolgt **NUR** bei Nichtbestehen oder Rücktritt (genehmigte Nichtteilnahme nach Ladung).

\_\_\_\_\_, d. \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum) (eigenhändige Unterschrift)

**WICHTIGER HINWEIS:**

Für die mündliche Prüfung (Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung) nach dem PJ ist eine **gesonderte Anmeldung erforderlich!**

Der Meldeschluss für den Dritten Abschnitt liegt noch innerhalb des PJ: **10.01. (Frühjahrsdurchgang) und 10.06. (Herbstdurchgang)**. Für die PJ-Bescheinigungen wird eine **Nachreichfrist** festgelegt. Die **Bekanntmachung** für das Prüfungsverfahren wird rechtzeitig auf der Seite der Medizinischen Fakultät unter **Merkblätter / Landesprüfungsamt** eingestellt.

Die mündlichen Prüfungszeiträume sind: **Mai, Juni (Frühjahrsdurchgang), November, Dezember (Herbstdurchgang)**.