

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

### **M3 ÄAppO 1987 Kiel (altes Recht \*)**

\*Nur noch für Prüflinge relevant, die aufgrund längerer Unterbrechung weder der ÄAppO 2012 noch der ÄAppO 2002 unterfallen. Bei regulärem Studienverlauf bitte das Formular M3 ÄAppO 2012 benutzen!

#### **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](mailto:Gesa.Joergensen@lasd.landsh.de)

Telefax (0431) 988 - 5601

### **Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 1987)**

Hiermit beantrage ich gemäß § 10 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im Anschluss an das **Wintersemester 2017/18**.

Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **Mittwoch, 10.01.2018** (Meldeschluss) dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit zugegangen sein müssen (Anmeldung mit sofortiger Bearbeitung der Anmeldeunterlagen: **nach Vereinbarung**),
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung der endgültigen Bescheinigungen **Donnerstag, 19.04.2018**,
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 zum ersten Mal teil.

Ich habe am Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bereits am \_\_\_\_\_ vor dem Landesprüfungsamt \_\_\_\_\_, LPA-Nr. \_\_\_\_\_, 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 -bitte wenden-

- 3. ggf. Heiratsurkunde
- 4. Nachweis über ein mindestens 6-jähriges (12 Semester; davon 8 klinische) Studium der Medizin durch Studienbuch und -bescheinigung (kein -ausweis)
- 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 des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung; 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

- 7. Endgültige Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme an der praktischen Ausbildung.

Fehlzeit

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

- 8. 1 Foto, ca. Passbildgröße (Auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

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