|  |  |
| --- | --- |
| **Universität Regensburg****Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen****nach der Approbationsordnung für Ärzte** **im Auftrag der Regierung von Oberbayern****Franz-Josef-Strauß-Allee 11Gebäude H 5**93053 Regensburg |  |
| Ort, Datum |
|  |
| Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen ⌧ |
|  |
|  |
| Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte rechtzeitig an Ihr Prüfungsamt. |
|  |
| **Meldeschluss: 10.01. bzw. 10.06.** |
| Hiermit beantrage ich die Zulassung zum**Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**nach der ÄAppO 2002 in der ab Januar 2014 geltenden Fassung  | **M3** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | im Frühjahr 20 |  |  |  |  im Herbst 20 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität  | **Regensburg** |
| Matr.-Nr. |  |

Ausbildungsstätte (n) Innere Medizin

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Ausbildungsstätte (n) Chirurgie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Ausbildungsstätte (n) Allgemeinmedizin/Wahlfach

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Bezeichnung PJ Wahlfach

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Erstprüfung |  | Erste Wiederholungsprüfung |  | Zweite Wiederholungsprüfung |
| . |
| Familienname *(Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze, siehe nächstes Feld)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Namenszusätze*(Dr., von, de, van usw.)* ggf. Telefon E-Mail-Adresse |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Geburtsname *(falls abweichend vom Familiennamen)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Vornamen *(Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Geburtsdatum *(z. B. 01.01.1999)* Geschlecht Staatsangehörigkeit |
|  |  **.** |  |  **.** |  |  |  |  |  |  |  | weiblich = 1männlich = 2; divers = 3 |  | *(vgl. Seite 4 Schlüsselliste 1; falls dort nicht auf-geführt, bitte Kfz-Länderkennzeichen eintragen)* |

|  |
| --- |
| Geburtsort *(ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Semester der Erstimmatrikulationim Studienfach Humanmedizin im Inland | Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneterSemester, aber ohne Urlaubssemester, z. B. 12 |
|  | z.B. WS20/21 oder SS21 |  |  |

**Anschrift, an welche die Prüfungsmitteilungen versandt werden sollen:**

|  |
| --- |
| Straße/Platz Hausnr. |
|  |

|  |
| --- |
| Postleitzahl Ort |
|  |  |  |  |  |

**Hinweise:** Geben Sie diesen Antrag mit den vorgeschriebenen Nachweisen bei dem oben angeführten Prüfungsamt Ihrer Universität bis spätestens 10.1. bzw 10.6 ab. Die PJ Bescheinigung für das letzte Fachgebiet ist unverzüglich nach Erhalt bei Ihrem Prüfungsamt nachzureichen. (vgl § 10 Abs. 5 ÄAppO)

|  |
| --- |
|  |

**Angerechnete** Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Medizinstudien

|  |
| --- |
|  |
|  | eines |  | zwei |  | drei |  | vier |  | mehr als vier |

|  |
| --- |
| angerechnet durch *(Behörde)* Schreiben vom *(Datum und Geschäftszeichen)* |
|  |

**Medizinische Fachsemester** *(ohne angerechnete Studiensemester)*

|  |
| --- |
| an der Universität **I. vorklinisches Studium** |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität **II. klinisches Studium,**  |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| an der Universität |
|  | im |  |  | SS |  |  im |  |  |  WS |  |

|  |
| --- |
| Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung  |
| bestanden am | Prüfungsort |
|  |  |  |

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original oder in amtlich oder notariell beglaubigter Ablichtung beigefügt.

Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **01** |  |  | Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern (Kopie ist ausreichend) |  |
| **02** |  |  | Heiratsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch*(nur, wenn der jetzt geführte Name von dem in der Geburtsurkunde eingetragenen abweicht)* |  |  |  |
|  |
| **03** |  |  | aktuelle Studienverlaufsbescheinigung; bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikelvermerk |
|  |  |  |  |
|  |
| **04** |  |  | Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung*(muss nur beigefügt werden, wenn der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht in Regensburg abgelegt wurde)*  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |

**Endgültige Bescheinigungen**

über das nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 27 ÄAppO (vgl. S 3 ff.) absolvierte Praktische Jahr

Falls Sie PJ-Tertiale **nicht** an der Universität Regensburg (einschließlich der angeschlossenen Lehrkrankenhäuser oder auch im Ausland) **sondern an einer anderen deutschen Universität im Rahmen der PJ-Mobilität absolviert haben, legen Sie bitte unbedingt Ihre PJ –Zuteilung der externen Universität bzw. des PJ-Portals dem Antrag bei.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n) | vom – bisFehlzeiten: vom - bis   | Fachgebiet**Innere Medizin**Logbuch |
| Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n) | vom – bis Fehlzeiten: vom – bis  | Fachgebiet**Chirurgie**Logbuch |
| Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n)  | vom – bis Fehlzeiten: vom – bis | Fachgebiet**Wahlfach**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Logbuch |

Ich habe am Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der ÄApp0 in der ab 01.01.2014 geltenden Fassung

|  |  |
| --- | --- |
|  | bisher nicht teilgenommen  |
|  | ohne Erfolg teilgenommen  |

am in

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung\*) liegen bei mir nicht vor. Ich bin weder vorbestraft, noch liegt derzeit ein Strafverfahren gegen mich vor.

Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

\*) § 3 Abs. 1 der Bundesärzteordnung in der derzeit geltenden Fassung hat folgenden Wortlaut ( Auszug):

(1) Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller

1. …………
2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt.
3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist**.**
4. ………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eigenhändige Unterschrift

|  |
| --- |
|  |
| **Schlüsselliste 1:** STAATSANGEHÖRIGKEIT |
| Ägypten | ET | Georgien | GO | Madagaskar | RDM | Senegal | SN |
| Äquatorialguinea | **AEQ** | Ghana | **GH** | Malawi | **MW** | Serbien/Montenegro | **SCG** |
| Äthiopien | **ETH** | Gibraltar | **GBZ** | Malaysia | **MAL** | Seychellen | **SY** |
| Afghanistan | **AFG** | Grenada (Westindien) | **WG** | Malediven | **MLD** | Sierra Leone | **WAL** |
| Albanien | **al** | Griechenland | **GR** | Mali | **RMM** | Simbabwe | **ZW** |
| Algerien | **dz** | Großbritannien u. Nordirland | **GB** | Malta | **M** | Singapur | **SGP** |
| Andorra | **and** | Guatemala | **GCA** | Marokko | **MA** | Slowakei | **SQ** |
| Angola | **ang** | Guinea | **RG** | Marshallinseln | **MH** | Slowenien | **SLO** |
| Antarktis-Territorium | **ANT** | Guinea-Bissau | **GUB** | Mauretanien | **RIM** | Somalia | **SP** |
| Antigua und Barbuda | **AG** | Guyana | **GUY** | Mauritius | **MS** | Spanien | **E** |
| Arabische Emirate | **UAE** | Haiti | **RH** | Mazedonien | **MK** | Sri Lanka | **CL** |
| Argentinien | **ra** | Honduras | **RHO** | Mexiko | **MEX** | St. Kitts und Nevis | **STK** |
| Armenien | **ARM** | Indien | **IND** | Mikronesien | **FM** | St. Vincent + die Grenadinen  | **WV** |
| Aserbaidschan | **AZ** | Indonesien | **RI** | Moldau, Rep. (Moldawien) | **MOL** | Sudan | **SUD** |
| Ascension + St. Helena | **SH** | Irak | **IRQ** | Monaco | **MC** | Südafrika | **ZA** |
| Australien | **Aus** | Iran | **IR** | Mongolei | **MON** | Suriname | **SNE** |
| Bahama-Inseln | **BS** | Irland | **IRL** | Mosambik | **MOZ** | Swasiland | **SD** |
| Bahrain-Inseln | **BRN** | Island | **IS** | Myanmar | **BUR** | Syrien | **SYR** |
| Bangladesch | **bd** | Israel | **IL** | Namibia | **SWA** | Tadschikistan | **TAD** |
| Barbados | **BDS** | Italien | **I** | Nauru | **NAU** | Taiwan | **RC** |
| Belgien | **b** | Jamaika | **JA** | Nepal | **NEP** | Tansania | **EAT** |
| Belize | **BH** | Japan | **J** | Neuseeland | **NZ** | Thailand | **T** |
| Benin | **dy** | Jemen | **ADN** | Nicaragua | **NIC** | Tibet | **TIB** |
| Bhutan  | **BHU** | Jordanien | **JOR** | Niederl. Antillen (einschl. Curacao) | **NA** | Togo | **TG** |
| Bolivien | **bol** | Kambodscha | **K** | Niederlande | **NL** | Tonga | **TON** |
| Bosnien-Herzegowina | **BIH** | Kamerun | **CAM** | Niger | **RN** | Trinidad und Tobago | **TT** |
| Botsuana | **RB** | Kanada | **CDN** | Nigeria | **WAN** | Tschad | **TSC** |
| Brasilien | **br** | Kap Verde | **CV** | Norwegen | **N** | Tschechische Republik | **CZ** |
| Brunei Darussalam | **BRU** | Kasachstan | **KAS** | Österreich | **A** | Türkei | **TR** |
| Bulgarien | **bg** | Katar | **Q** | Oman | **OM** | Tunesien | **TN** |
| Burkina Faso | **bf** | Kenia | **EAK** | Pakistan | **PK** | Turkmenistan | **TUR** |
| Burundi | **bu** | Kirgisistan | **KIR** | Palau | **PW** | Tuvalu | **TUV** |
| Chile | **rch** | Kiribati | **KI** | Panama | **PA** | Uganda | **EAU** |
| China Taiwan (Taiwan, Formosa) | **rc** | Kolumbien | **CO** | Papua-Neuguinea | **PNG** | Ukraine | **UA** |
| China (Volksrepublik) | **tj** | Komoren | **KOM** | Paraguay | **PY** | Ungarn | **H** |
| Costa Rica | **cr** | Kongo, Republik | **CG** | Peru | **PE** | Uruguay | **ROU** |
| Côte d’Ivoire | **ci** | Kongo, Dem. Republik | **CD** | Philippinen | **RP** | Usbekistan | **USB** |
| Dänemark | **dk** | Korea, Dem. Volksrepublik (Nord-) | **DVK** | Pitcairn-Inseln | **PIT** | Vanuatu | **VAN** |
| Deutschland | **d** | Korea, Dem. Republik (Süd-) | **ROK** | Polen | **PL** | Vatikanstadt | **V** |
| Dominikanische Republik | **dom** | Kroatien | **HR** | Portugal | **P** | Venezuela | **YV** |
| Domonica (Westindien) | **WD** | Kuba | **C** | Ruanda | **RWA** | Vereinigte Arabische Emirate | **UAE** |
| Dschibuti | **DS** | Kuwait | **KWT** | Rumänien | **RO** | Vereinigte Staaten von Amerika | **USA** |
| Ecuador | **ec** | Laos | **LAO** | Russische Förderation | **RUS** | Vietnam | **VN** |
| El Salvador | **es** | Lesotho | **LS** | Salomonen | **SAL** | Weißrussland | **BY** |
| Eritrea | **ERT** | Lettland | **LV** | Sambia | **Z** | West Samoa | **WS** |
| Estland | **eST** | Libanon | **RL** | Samoa | **WS** | Zentralafrikanische Republik | **RCA** |
| Fidschi Fiji | **FJI** | Liberia | **LB** | San Marino | **RSM** | Zypern | **CY** |
| Finnland | **fin** | Libyen | **LAR** | Sao Tome und Principe | **STP** |  |  |
| Frankreich | **f** | Liechtenstein | **FL** | Saudi Arabien | **SA** | Staatenlos | **XXX** |
| Gabun | **G** | Litauen | **LT** | Schweden | **S** |  |  |
| Gambia | **WAG** | Luxemburg | **L** | Schweiz | **CH** |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**nur vom Prüfungsamt auszufüllen -**

|  |
| --- |
| **Bearbeitungsvermerke:** Sachbearbeiter Datum |
| Antrag vorgeprüft; Meldebelegdaten geprüft |  |

|  |
| --- |
| Die nach § 10 Abs. 4 ÄAppO geforderten Sachbearbeiter Datum |
| Antragsunterlagen sind vollständig;Zulassungsschreiben fertigen |  |

|  |
| --- |
| Saal LPA-Nr. Unterlagen |
|  |  |  |  |  |  |  |  | **\_** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | vollständig |  |  |  |  |
|  |
|  |
| Letzte Prüfungsteilnahme bzw. letzte Prüfungsmeldung |
| Termin LPA LPA-Nr.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Zuordnung nach § 14 Abs. 6 |
|  |  |  |  |  |  | Referenz-gruppe |  | Rest-gruppe |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Zweiter Abschnitt  |
| Termin LPA LPA-Nr. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **-** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Bemerkungen |
|  |  |