

An den
Vorsitzenden des Ausschusses
für die Zahnärztliche Prüfung
an der Universität Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

ZP
Meldeschluss
Frühjahr: 15.02.
Herbst: 15.07.

ANTRAG AUF ZULASSUNG ZUR ZAHNÄRZTLICHEN PRÜFUNG

gem. § 33 der Approbationsordnung für Zahnärzte vom 26. Januar 1955 (BGBl I S. 37) n.F.

<input type="checkbox"/> im Frühjahr		<input type="checkbox"/> im Herbst	
--------------------------------------	--	------------------------------------	--

Persönliche Daten	
Familienname	
ggf. Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand	
Anschrift	
Straße	
PLZ, Ort	
Telefon	
Email	
Matrikelnummer	

Folgende Unterlagen sind **im Original oder amtlich beglaubigter Kopie** beigefügt:

1. Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung
2. Zeugnis der Zahnärztlichen Vorprüfung
3. Geburtsurkunde (bei Verheirateten zusätzlich die Heiratsurkunde) - Kopie ausreichend
4. 1 Lichtbild in vorgeschriebener Passbildgröße (bitte Namen auf Rückseite)
5. unterschriebener tabellarischer Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien dargelegt ist (bitte Anmeldung zur Zahnärztlichen Prüfung sowie voraussichtlichen Abschluss angeben (jeweils Monat und Jahr))

1. - 3. müssen nur beigefügt werden, sofern die ZVP nicht an der UR abgelegt wurde

6. Studienverlaufsbescheinigung - Nachweis eines zahnmedizinischen Studiums (bitte beifügen)

Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Universität		<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Anzahl Fachsemester				

7. Pflichtvorlesungen

Einführung in die Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Allgemeine Pathologie	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Spezielle Pathologie	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Allgemeine Chirurgie	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Medizinische Mikrobiologie & Hygiene einschl. Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Einführung in die Kieferorthopädie	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Berufskunde	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Geschichte der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

8. Pflichtvorlesungen - je 2 Semester

Pharmakologie I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Pharmakologie II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Innere Medizin I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Innere Medizin II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahnerhaltungskunde I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahnerhaltungskunde II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahnersatzkunde I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Zahnersatzkunde II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kieferorthopädie I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kieferorthopädie II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

9. Nachweise (Praktikantenschein) - Ausdruck FlexNow beifügen

Pathologisch-Histologischer Kurs	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus der klinisch-chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Radiologischer Kurs mit besonderer Berücksichtigung des Strahlenschutzes	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus der kieferorthopädischen Technik	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Pharmakologie und Rezeptkunde (Rezeptierkurs)	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Übungskurs der Medizinischen Mikrobiologie	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

10. Nachweise (Praktikantenschein) - je 2 Semester

Operationskurs I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Operationskurs II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus der kieferorthopädischen Behandlung I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus der kieferorthopädischen Behandlung II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

11. Nachweise (Praktikantenschein - Kurs und Poliklinik je 1 Schein) - je 2 Semester

Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

12. Nachweise (Praktikanten- bzw. Auskultantenschein)

Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Auskultant)	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Chirurgische Poliklinik (Auskultant)	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Hautklinik (Praktikant)	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

13. Nachweise (Praktikantenschein) - 3 Semester

Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten I	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten II	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	
Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten III	<input type="checkbox"/> SoSe	<input type="checkbox"/> WiSe	

14. amtliches Führungszeugnis, sofern die Meldung zur ZP nicht innerhalb von 6 Mon. nach der Exmatrikulation erfolgt

15. ggf. Ausnahmegenehmigung der Regierung von Oberbayern bzw. des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses

Ich versichere, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder ein staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig ist. Ich versichere, dass ich mich bisher bei keiner anderen Universität zur Zahnärztlichen Prüfung gemeldet habe.

Ich bin mir bewusst, dass falsche oder unvollständige Angaben bei der Meldung zu dieser Prüfung den sofortigen Ausschluss von der Prüfung zur Folge haben.

(Ort, Datum)	(Unterschrift)

HINWEISE zum RÜCKTRITT

Vom Tage des Prüfungsbeginns (erster Prüfungstag) an ist ein Rücktritt nicht mehr möglich, da die begonnene Prüfung nicht unterbrochen werden darf. Die Prüfung kann nur noch in **begründeten** Fällen in einzelnen Fächern / Abschnitten vorübergehend ausgesetzt werden. **Anträge** hierfür müssen unverzüglich unter Vorlage eines Zeugnisses (Attestes)

- eines Arztes oder
- eines leitenden Arztes einer Universitätsklinik oder
- eines leitenden Arztes einer Krankenanstalt

im Sekretariat des Prüfungsausschusses (Prüfungsamt) **vor Beginn der jeweiligen Prüfung erfolgen**. Zur Wahrung der Unverzüglichkeit ist vorab eine fernmündliche Mitteilung möglich. Eine telefonische Vorabinformation entbindet den Prüfling aber nicht, ein ärztliches Attest unverzüglich dem Sekretariat des Ausschussvorsitzenden (Prüfungsamt) vorzulegen.

Das ärztliche Zeugnis muss in jedem Falle **Grund und Dauer der Erkrankung** enthalten und für den Vorsitzenden nachprüfbar sein, d.h. es muss die aktuellen krankheitsbedingten und zugleich prüfungsrelevanten Funktionsstörungen aus ärztlicher Sicht nachvollziehbar beschreiben. Über seine Anerkennung entscheidet der Prüfungsausschuss. Dazu bleibt es dem Prüfungsausschuss (Prüfungsvorsitzenden) vorbehalten, ggf. eine weitere ärztliche Bescheinigung durch das Staatliche Gesundheitsamt zu fordern.

Prüflinge, die nach Prüfungsbeginn aus gesundheitlichen Gründen Prüfungsunfähigkeit geltend machen, sind verpflichtet, die vorstehenden Hinweise dem begutachtenden Arzt oder ggf. dem Gesundheitsamt vorzulegen!

Erfolgt die Mitteilung nicht oder nicht rechtzeitig, so gilt die **Prüfung** in dem betreffenden **Fach** oder Abschnitt mit dem Vermerk "schlecht, weil nicht erschienen" als **nicht** bestanden!

Erscheint ein Prüfungsteilnehmer in **zwei** Prüfungsfächern oder Abschnitten ohne genügende Entschuldigung nicht, gilt die **gesamte** Zahnärztliche Prüfung als **nicht** bestanden (vgl. §16 Abs. 1 u. 2 der Approbationsordnung für Zahnärzte).

Die Kenntnisnahme der vorstehenden Hinweise wird bestätigt.

(Ort, Datum)	(Unterschrift)