

An die  
Universität Regensburg  
Prüfungsamt Zahnmedizin  
am Universitätsklinikum  
Franz-Josef-Strauß-Allee 11  
93053 Regensburg

**ZP**  
Meldeschluss  
Frühjahr: 15.02.  
Herbst: 15.07.

Hiermit beantrage ich die Zulassung zur

## ZAHNÄRZTLICHEN PRÜFUNG (ZP)

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

im Frühjahr \_\_\_\_\_

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. Zeugnis der Zahnärztlichen Vorprüfung (sofern nicht an der Universität Regensburg abgelegt)
2. Geburtsurkunde (ggf. Heiratsurkunde) - **Kopie** ausreichend (sofern ZVP nicht an der Uni Regensburg abgelegt)
3. 1 Lichtbild in vorgeschriebener Passbildgröße (bitte Namen auf Rückseite)
4. unterschriebener tabellarischer Lebenslauf, in dem der Gang der Universitätsstudien dargelegt ist (bitte Anmeldung zur Zahnärztlichen Prüfung sowie voraussichtlichen Abschluss angeben (jeweils Monat und Jahr))
5. Nachweis eines zahnmedizinischen Studiums (**Studienverlaufsbescheinigung** bitte beifügen)

Anzahl zahnmedizinische Fachsemester: \_\_\_\_\_

Ggf. angerechnete Studiensemester: \_\_\_\_\_

6. Ich bestätige die Teilnahme an folgenden Pflichtvorlesungen

- Einführung in die Zahnheilkunde
- Allgemeine Pathologie und Spezielle Pathologie
- Allgemeine Chirurgie
- Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten
- Medizinische Mikrobiologie & Hygiene einschl. Gesundheitsfürsorge
- Einführung in die Kieferorthopädie
- Berufskunde
- Geschichte der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde

7. Ich bestätige die Teilnahme an folgenden Pflichtvorlesungen - je 2 Semester

- Pharmakologie I
- Pharmakologie II
- Innere Medizin I
- Innere Medizin II
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten I
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten II
- Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten III
- Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie I
- Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie II
- Zahnerhaltungskunde I
- Zahnerhaltungskunde II
- Zahnersatzkunde I
- Zahnersatzkunde II
- Kieferorthopädie I
- Kieferorthopädie II

8. Nachweise über (**Ausdruck FlexNow** beilegen)

**Praktikant**

- Pathologisch-Histologischer Kurs
- Kursus der klinisch-chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden
- Radiologischer Kurs mit besonderer Berücksichtigung des Strahlenschutzes
- Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde
- Kursus der kieferorthopädischen Technik
- Pharmakologie und Rezeptkunde (Rezeptierkurs)
- Übungskurs der Medizinischen Mikrobiologie

**Praktikant - je 2 Semester**

- Operationskurs I
- Operationskurs II
- Kursus der kieferorthopädischen Behandlung I
- Kursus der kieferorthopädischen Behandlung II

**Praktikant - Kurs und Poliklinik - je 2 Semester**

- Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde I
- Kursus und Poliklinik der Zahnerhaltungskunde II
- Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde I
- Kursus und Poliklinik der Zahnersatzkunde II

**Praktikant bzw. Auskultant**

- Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (Auskultant)
- Chirurgische Poliklinik (Auskultant)
- Hautklinik (Praktikant)

**Praktikant - 3 Semester**

- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten I
- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten II
- Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten III

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

10. 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 )