

Es werden nur am PC ausgefüllte Anträge akzeptiert!

Familienname, ggf. auch Geburtsname		Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Heimatanschrift (Straße, PLZ, Ort)		
Anschrift für die Übersendung des Zulassungsbescheides (Straße, PLZ, Ort)		
Telefon-Nr.	Uni-E-Mail	Matrikel-Nr.

ZP_A

Universitätsmedizin Rostock
Studiendekanat, Raum 52
E.- Heydemann- Str. 8
18057 Rostock

Auskunft erteilt: Frau Leibelt
Tel.-Nr.: (0381) 4 94 50 23
Fax-Nr.: (0381) 4 94 50 24

Antrag auf Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung an der Universität Rostock

Hiermit bitte ich gemäß §§ 33, 34, 35, 36 und 37 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO) um Zulassung zur Zahnärztlichen Prüfung (ZP) im Anschluss an das

Sommersemester

Mir ist bekannt:

dass der Antrag und die nachfolgend aufgeführten Unterlagen spätestens bis zum **09. Juni** des Jahres im Studiendekanat eingegangen sein müssen.

Bei Antragstellung sind folgende Originalunterlagen bzw. beglaubigte Kopien (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtlich beglaubigten Übersetzungen) vorzulegen:

- () 1. Geburtsurkunde, bei Ausländern Reisepass, bei Verheirateten Kopie aus dem Familienbuch, bei eingetragenen Lebenspartnerschaften Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsbuch wegen Feststellung der Namensführung
- () 2. Zeugnis über das Bestehen der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung: bestanden am _____ bei dem Landesprüfungsamt _____.
- () 3. Zeugnis über das Bestehen der Zahnärztlichen Vorprüfung: bestanden am _____ bei dem Landesprüfungsamt _____.
- () 4. Nachweise über ein mindestens fünfsemestriges Studium der Zahnmedizin nach bestandenen Zahnärztlicher Vorprüfung (ZVP) unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes
a) Studiengang: Bitte alle zahnmedizinischen Fachsemester und die angerechneten Studiensemester (A) sowie die genehmigten Urlaubssemester (U) vollständig von Beginn an eintragen:

Semester	Jahr	Universität	Semester	Jahr	Universität
1. WS			07. WS		
2. SS			08. SS		
3. WS			09. WS		
4. SS			10. SS		
5. WS			11. WS		
6. SS			12. SS		

Es werden nur am PC ausgefüllte Anträge akzeptiert!

() b) ggf. Anrechnungsbescheid aus Fremdstudium oder Auslandsstudium als Nachweise über ange-rechnete Studienzeiten und prakt. Übungen nach § 19 Abs. 5 ZAppO

() 5. Nachweise über die Teilnahme an den gemäß 36 Abs. 1 zur ZAppO vorgeschriebenen praktischen Übungen und Vorlesungen (Bitte in **angegebener Reihenfolge** vorlegen)

	Name des Scheines	erworben im Semester (bitte ange-ben):
(...)	a) Kursus der technischen Propädeutik	
()	b) Phantomkurs der Zahnersatzkunde 1 Phantomkurs der Zahnersatzkunde (vorlesungsfreie Zeit) 2	
()	c) Radiologie/Strahlenschutz Kursus	
()	d) Phantomkursus der Zahnerhaltungskunde	
()	e) Kursus der Kieferorthopädischen Technik	
()	f) Operationskursus	Teil I Teil II
()	g) Kursus der kieferorthopädischen Behandlung	Teil I Teil II
()	h) Auskultant Klinik Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten (ZMK Krankheiten I)	
()	k) Kursus der Zahnerhaltungskunde als Praktikant: Poliklinik der Zahnerhaltungskunde I Zahnerhaltungskunde I Poliklinik der Zahnerhaltungskunde II Zahnerhaltungskunde II	
()	l) Kursus der Zahnersatzkunde als Praktikant: Poliklinik der Zahnersatzkunde I Prothetik I Poliklinik der Zahnersatzkunde II Prothetik II	
()	m) Praktikant Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten: ZMK II ZMK III ZMK IV	
(✓)	Vorlesungen über: Einführung Kieferorthopädie, Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten, Zahn-, Mund- u. Kieferchirurgie, Zahnerhaltungskunde, Primärprophylaxe, Kariologie, Endodontologie, Paradontologie, Kinderzahnheilkunde, Zahnersatzkunde u. Kieferorthopädie, Werkstoffkunde	

Scheine mit einem Ausstellungsdatum nach dem 09. Juni des Jahres werden direkt vom Fach, bis spätestens zum letzten Freitag der Vorlesungszeit, dem Studiendekanat übermittelt.

Ich erkläre hiermit, dass ich zum ersten Mal an der Zahnärztlichen Prüfung im Geltungsbereich dieser Approbationsordnung teilnehme und mich nicht in einem anderen Prüfungsverfahren im Studiengang Zahnme-dizin befinde. Ich habe den Prüfungsanspruch nicht durch Versäumen einer Wiederholungsfrist verloren.

Die ZAppO ist mir bekannt.

Ich verpflichte mich, dem Studiendekanat bis zum Erhalt des Zeugnisses über die Zahnärztliche Prüfung für Zahnärzte jede etwaige Anschriftenänderung mitzuteilen.

Ich versichere, dass ich die Angaben auf diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.

Rostock,

Ort Datum (eigenhändige Unterschrift)

Hinweis:

Sollten die im Antrag genannten Nachweise nicht alle fristgerecht im Studiendekanat eingereicht wer-den, erfolgt keine Zulassung zur Prüfung. Zur nächsten Prüfungsanmeldung ist ein neuer Antrag zu stellen und alle Nachweise sind erneut vorzulegen.