

**Julius-Maximilians-Universität Würzburg
Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen
nach der Approbationsordnung für Ärzte
im Auftrag der Regierung von Oberbayern
Referat 2.3**

Postanschrift: **Sanderring 2, 97070 Würzburg**
Dienstgebäude: **Hubland Nord, Josef-Martin-Weg 55,
97070 Würzburg**

Ort, Datum

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte rechtzeitig an
Ihr Prüfungsamt.

Der Antrag mit den vorgeschriebenen Nachweisen ist
bei Ihrem Prüfungsamt spätestens bis zum
Meldeschluss abzugeben.

Meldeschluss: 10.01. bzw. 10.06.

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum
Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
nach der ÄApprO 2002 (M2)

M2

im 1. Halbjahr

im 2. Halbjahr

Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität

Matrikel-Nr.:

Erstprüfung

Familienname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde, aber ohne Namenszusätze, siehe nächstes Feld)

Namenszusätze

(Dr., von, de, van usw.)

ggf. Telefon

E-Mail-Adresse

zur Kommunikation wird Ihre studentische Mailadresse verwendet

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Vornamen (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Geburtsdatum (z.B. 03.05.1995)

Geschlecht

 w = weiblich
m = männlich

Staatsangehörigkeit

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

Semester der Erstimmatrikulation
im Studienfach Humanmedizin im Inland

 z.B. WS18/19 oder SS18

Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneter
Semester, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 10

Anschrift, an welche die Prüfungsmitteilungen (Zulassung/Ladung) versandt werden sollen:

Straße/Platz Hausnr.

Zusatzzeile Adresse (z.B. c/o-Angabe, Zimmer/Apartmentnummer o.ä.)

Postleitzahl

Ort

optional: abweichende Anschrift, an welche die Ergebnismitteilung versandt werden soll:

Zusatzzeile Adresse (z.B. c/o-Angabe, Zimmer/Apartmentnummer o.ä.)

Postleitzahl

Ort

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), muss nicht ausgefüllt werden, wenn Sie eine 'Studienzeitenbescheinigung' der Universität Würzburg beifügen (zu finden in WueStudy unter: 'Mein Studium' - 'Studienservice' - 'Bescheinigungen'); Semesterzeiten an einer anderen Universität müssen eingetragen werden

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 _____

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bzw. Ärztliche Vorprüfung bestanden am

Prüfungsort

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen beigelegt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

- 01 Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
(nur, wenn der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht an der Universität Würzburg abgelegt wurde; einfache Kopie 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, einfache Kopie ausreichend)
- 03 **Studienzeitenbescheinigung** (zu finden in WueStudy, bitte ausdrucken)
bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikulationsvermerk
- 04 Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. der Ärztlichen Vorprüfung
(nur, wenn der Erste Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nicht an der Universität Würzburg abgelegt wurde; im Original oder beglaubigter Kopie)

Nachweise über

- 06 angerechnete Studienzeiten nach § 12 ÄAppO
- 07 anerkannte Scheine
- 08 Famulatur (Zeugnis nach dem Muster der Anlage 6 zur ÄAppO)

Ableistung der Famulatur (pro Monat mindestens 30 Kalendertage)			
vom	bis	Tage	Einrichtung einer ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder eine geeignete ärztliche Praxis
vom	bis	Tage	Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung
vom	bis	Tage	Einrichtung der hausärztlichen Versorgung
vom	bis	Tage	Eine der oben genannten Einrichtungen oder eine andere geeignete Einrichtung, in der ärztliche Tätigkeiten ausgeübt werden

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (schriftlich) nach der ÄÄpprO 2002

bisher nicht teilgenommen

ganz oder teilweise ohne Erfolg teilgenommen

am	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>
am	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 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:

1. (weggefallen)
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. nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5 500 Stunden und einer Dauer von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat,
5. über die für die Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache verfügt.

Eigenhändige Unterschrift

- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -

Saal	LPA-Nr.	Zuordnung nach § 14 Abs. 6	Anzahl der
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Referenzgruppe	<input type="checkbox"/> Urlaubssemester
		<input type="checkbox"/> Restgruppe	<input type="checkbox"/> angerechnete Fachsemester
Letzte Prüfungsteilnahme bzw. letzte Prüfungsanmeldung		<input type="checkbox"/> Die nach § 10 Abs. 4 ÄÄppO geforderten Unterlagen sind vollständig. Zulassungsschreiben fertigen	
Termin	LPA	LPA-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Erster Abschnitt bzw. Ärztliche Vorprüfung bestanden		Sachbearbeiter	Datum
Termin	LPA	LPA-Nr.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	