

**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,
97074 Würzburg

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

Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

nach der ÄApprO 2002 in der derzeit geltenden Fassung

M3

im Frühjahr

im Herbst

Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität

Würzburg

Matrikel-Nr.

Ausbildungsstätte(n) Innere Medizin (bitte Auswahl anklicken)

Ausbildungsstätte(n) Chirurgie (bitte Auswahl anklicken)

Ausbildungsstätte(n) Wahlfach (bitte Auswahl anklicken)

Bezeichnung PJ-Wahlfach

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. 03.05.1998)

Geschlecht

weiblich = w
männlich = m

Staatsangehörigkeit

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

Semester der Erstmatrikulation
im Studienfach Humanmedizin im Inland

z.B. WS02/03
oder SS03

Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneter
Semester, aber ohne Urlaubssemester, z. B. 12

Anschrift, an welche die Prüfungsmitteilungen versandt werden sollen:

Straße/Platz Hausnr.

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

Postleitzahl

Ort

Hinweise: Der Antrag mit den vorgeschriebenen Nachweisen muss dem oben angeführten **Prüfungsamt Ihrer Universität** bis **spätestens 10.1. bzw. 10.6.** vorliegen. Die PJ-Bescheinigung für das letzte Fachgebiet ist unverzüglich nach Erhalt oder bis spätestens **eine Woche** vor Beginn der Prüfung bei Ihrem Prüfungsamt nachzureichen (vgl. § 10 Abs. 5 ÄApprO). Bitte legen Sie zudem eine vorläufige Bescheinigung über das Dritte Tertial baldmöglichst nach Beginn des Abschnittes vor.

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 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				
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>
an der Universität						
<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	SS	<input style="width: 90%;" type="text"/>	im	WS	<input style="width: 90%;" type="text"/>

II. klinisches Studium

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 beigelegt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei. Die mit *) gekennzeichneten Unterlagen müssen nur beigelegt werden, wenn der Zweite Abschnitt der Ärztlichen Prüfung **nicht** in Würzburg abgelegt wurde.

- 01** Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern *)
- 02** Heiratsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch
(nur, wenn der jetzt geführte Name von dem in der Geburtsurkunde eingetragenen abweicht; Kopie ausreichend)
- 03** aktuelle Studienzeitenbescheinigung; bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikelvermerk
- 04** Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung *)
(Bei Hochschulwechsel, Original oder beglaubigte Kopie)

(Wird vom Prüfungsamt ausgefüllt:)

Termin				LPA				LPA-Nr					
												-	

Endgültige Bescheinigungen über das nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 3 Abs. 5 ÄApprO absolvierte Praktische Jahr Ihrem Antrag muss zudem ein Auszug bzw. eine Email des PJ-Portals (www.pj-portal.de) beiliegen, aus dem die Zuteilung zu den einzelnen Tertialen hervorgeht. Wenn Sie ein oder mehrere Tertiale an einem Lehrkrankenhaus einer deutschen Hochschule ableisten, die nicht an der Vergabe über das PJ-Portal teilnimmt, müssen Sie zusätzlich einen Nachweis über die entsprechende Zuteilung vorlegen.

Genauere Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n)	vom bis Fehlzeiten: vom bis	Fachgebiet: Innere Medizin
Genauere Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n)	vom bis Fehlzeiten: vom bis	Fachgebiet: Chirurgie
Genauere Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n)	vom bis Fehlzeiten: vom bis	Fachgebiet Wahlfach:

Vorläufige Bescheinigung (**wird nur vom letzten Tertial benötigt und kann nachgereicht werden**)

Genauere Bezeichnung der Ausbildungsstätte(n)	angetreten am:	Fachgebiet: Innere Medizin Chirurgie Wahlfach:
---	----------------	---

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 (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

- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -

Bearbeitungsvermerke:

Antrag vorgeprüft; Meldebelegdaten geprüft

Die nach § 10 Abs. 4 ÄApprO geforderten Antragsunterlagen sind vollständig; Zulassungsschreiben fertigen

Saal LPA-Nr. -

Wiederholungsprüfung

Zuordnung nach § 14 Abs. 6

Referenzgruppe Restgruppe

angerechnete Semester beurlaubte Semester

Sachbearbeiter _____ Datum _____

Sachbearbeiter _____ Datum _____

Unterlagen vollständig

VORLÄUFIGE BESCHEINIGUNG

über die praktische Ausbildung in der Krankenanstalt (§ 10 Abs. 6 ÄApprO)

Der / die Studierende der Medizin

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort

hat vom _____ bis heute

regelmäßig an der unter meiner Leitung in der unten bezeichneten Klinik / Krankenanstalt durchgeführten Ausbildung teilgenommen.

Die Ausbildung erfolgt auf der Abteilung für _____

Die Ausbildung wird bis zum _____ abgeschlossen sein.

Ort, Datum

Siegel oder Stempel
der Einrichtung

(Unterschrift des verantwortlichen Arztes)