

**Antrag auf Zulassung zum Dritten Abschnitt der
Ärztlichen Prüfung gemäß § 10 ÄApprO**



Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)
Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
Dezernat G1
LPA@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Ich beantrage **zum ersten Mal** die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zum Abschluss des

Wintersemesters / **Meldeschluss 10.01.**
Sommersemesters **Meldeschluss 10.06.**

Ich bin an der im Fach Humanmedizin eingeschrieben.
Matrikel-Nr.:

/ z.B. SoSe 15 oder WiSe 15/16
Semester der Erstimmatrikulation im Studienfach Humanmedizin
Anzahl der Fachsemester einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester z.B. 12

Bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name: Vorname:
Geburtsname: Geburtsdatum:
Geschlecht: Geburtsort:

Staatsangehörigkeit ([siehe Schlüsselliste](#))

Straße, Hausnummer:

PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:
[Zahlen bitte deutlich in Blöcke trennen]

Angerechnete Studiensemester, z.B. aus einem verwandten Studium oder einem Studium der Humanmedizin im Ausland:

eines zwei drei vier mehr als vier

angerechnet durch (Behörde):

Bescheid vom (Datum und Geschäftszeichen):

Bescheide in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie über:

- angerechnete Studienzeiten gemäß § 12 ÄApprO (z.B. Auslandsstudium)
 anerkannte Studienleistungen

Studienverlauf mit Angaben der medizinischen Fachsemester (ggf. von – bis):

		im WiSe	im SoSe
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
an der Universität	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hinweis:

Grundsätzlich sind mit jedem Antrag folgende Bescheinigungen / Zeugnisse ausschließlich in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie bzw. als beglaubigter Auszug aus dem Personenstandsregister einzureichen. Die eingereichten Unterlagen verbleiben beim Landesprüfungsamt Brandenburg (Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG), Abteilung Gesundheit, Dezernat G1) und werden NICHT zurückgeschickt. Eingangsbestätigungen werden nicht versandt.

Nachweise

- Geburtsurkunde, sofern nicht bereits vorliegend
- Nachweis einer Namensänderung (z.B. Eheurkunde bei Heirat), sofern nicht bereits vorliegend
- Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung, sofern nicht vom Landesprüfungsamt Brandenburg (LAVG, Abt, Gesundheit, Dezernat G1) ausgestellt
- Nachweis über ein mindestens sechsjähriges Studium der Medizin unter Vorlage der Studienverlaufsbescheinigung der Hochschule, die die Zeit des praktischen Jahres einschließt, oder einzelner Studienbescheinigungen
- Bescheinigungen über das Praktische Jahr gemäß Anlage 4 (zu § 3 Absatz 5 sowie § 10 Absatz 4 und 5) ÄApprO

Innere Medizin

Ausbildungsstätte

Ort / Land

Zeitraum vom

bis

Zeitraum vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

Chirurgie

Ausbildungsstätte

Ort / Land

Zeitraum vom

bis

Zeitraum vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

**Wahlfach
(Bezeichnung)**

Ausbildungsstätte

Ort / Land

Zeitraum vom

bis

Zeitraum vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

Fehltage vom

bis

Hinweis:

Bei Ableistung des Praktischen Jahres im Ausland ist ein **Antrag auf Anrechnung der praktischen Ausbildung im Ausland** ([siehe Vordruck](#)) zu stellen, unter **Beifügung aller für die Anrechnung notwendigen Unterlagen**.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß und vollständig gemacht.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 der Bundesärzteordnung liegen bei mir nicht vor.

Die beigefügten Nachweise habe ich in der angegebenen Reihenfolge geordnet.

Ort / Datum

Unterschrift

Sie können online unter folgenden Links die [Datenschutzerklärung](#) und die [Hinweise zur DSGVO beim Ausfüllen von Formularen des LAVG](#) abrufen.