

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer:

\_\_\_\_\_  
E-Mail:

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat akademische Heilberufe und Gesundheitsfachberufe  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen OT Wünsdorf

### **Anmeldung zur Kenntnisprüfung im Land Brandenburg**

- Ärztin bzw. Arzt
- Zahnärztin bzw. Zahnarzt
- Apothekerin bzw. Apotheker

Hiermit melde ich mich zur Kenntnisprüfung im Rahmen meines Antragsverfahrens auf Erteilung der Approbation an und bitte folgende Terminwünsche (Monate) zu berücksichtigen:

1. .... ,
2. .... oder
3. ....

Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um unverbindliche Terminwünsche handelt und die Termine entsprechend der Reihenfolge der Anmeldungen und den jeweiligen Prüfungskapazitäten vergeben werden.

Um eine reibungslose Planung und Durchführung der Prüfung zu ermöglichen, informieren sie bitte unbedingt schriftlich (auch per E-Mail) über folgendes:

- Änderung Ihrer Anschrift
- Zeiten, in denen Sie verhindert sind, an der Prüfung teilzunehmen, z.B. Urlaub

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift