

Gesuch um Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

für Studierende der Zahnheilkunde

An den Vorsitzenden des Ausschusses für die
zahnärztliche Prüfung an der

- Freien Universität Berlin**
- Humboldt-Universität zu Berlin**

Name: _____

ggf. auch Geburtsname

Vorname: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift (an die die Zulassung und die Prüfungsmitteilungen
versandt werden sollen):

Telefon: _____

E-Mail: _____

Matrikel-Nr.: _____

Ich bitte, mich zur Ablegung der zahnärztlichen Prüfung vor dem Prüfungsausschuss in Berlin im
Frühjahr/Herbst 20____ zuzulassen und überreiche:

- 1. Lebenslauf** (Bildungsgang)
- 2. ein Lichtbild**
- 3. Geburtsurkunde** (Original oder amtlich beglaubigte Fotokopie)
- 4. ggf. Namenänderungsurkunde** (z.B. Heiratsurkunde)
- 5. das Original-Reifezeugnis** der _____
mit **Lateinnachweis** (Name, Stadt, Bundesland der Schule und Jahr des Erwerbs)
(Bei im Ausland erworbenen Zeugnissen Feststellung der Allgemeinen Hochschulreife von der
zuständigen Schulbehörde)
- 6. Zeugnis über die bestandene naturwissenschaftliche Vorprüfung**
- 7. Zeugnis über die bestandene zahnärztliche Vorprüfung**
- 8. Studienbuch/-seiten**

**Bis zu der am _____
vollständig bestandenen zahnärztlichen
Vorprüfung:**

Universität

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

Nach der zahnärztlichen Vorprüfung:

Universität

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

Urlaubssemester: WS/SS 20___ WS/SS 20___ Gesamtzahl der Semester _____

9. Bescheid über angerechnete Studienzeiten und –leistungen gem. § 26 Abs. 5 i.V. m. 19 Abs. 5 und § 61 Abs. 2 ZAppO
vom _____ über _____ Semester

10. nur für BAföG-Empfänger: letzter BAföG-Bescheid und ausgefüllte Erklärung

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass ich nach vollständig bestandener zahnärztlicher Vorprüfung während des Studiums der Zahnmedizin

je eine Vorlesung

im WS/SS 20___ über **Einführung in die Zahnheilkunde**, im WS/SS 20___ über **allg. Pathologie**,
im WS/SS 20___ über **spezielle Pathologie**, im WS/SS 20___ über **allgemeine Chirurgie**,
im WS/SS 20___ über **Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten**,
im WS/SS 20___ über **Hygiene einschließlich Gesundheitsfürsorge**,
im WS/SS 20___ über **medizinische Mikrobiologie mit praktischen Übungen** (Schein ist beigelegt),
im WS/SS 20___ über **Einführung in die Kieferorthopädie**, im WS/SS 20___ über **Berufskunde**,
im WS/SS 20___ über **Geschichte der Medizin** m. besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde,

je zwei Vorlesungen

im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Pharmakologie** (einschl. Rezeptierkursus),
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Innere Medizin**,
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**,
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie**,
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Zahnerhaltungskunde**, umfassend Primärprophylaxe,
Kariologie, Endodontologie, Parodontologie u.
Kinderzahnheilkunde,
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Zahnersatzkunde**,
im WS/SS 20___ und im WS/SS 20___ über **Kieferorthopädie**,

gehört habe. (§ 36 Abs. 1 Buchst. a) der ZAppO)

Je ein Semester

im WS/SS 20___ an einem **patho-histologischen Kursus**,
im WS/SS 20___ an einem **Kursus d. klinisch-chemischen u. –physikalischen
Untersuchungsmethoden**,
im WS/SS 20___ an einem **radiologischen Kursus m. besonderer Berücksichtigung d.
Strahlenschutzes**,

im WS/SS 20_____ an einem **Phantomkursus der Zahnerhaltungskunde**,

im WS/SS 20_____ an einem **Kursus der kieferorthopädischen Technik**,

je zwei Semester

im WS/SS 20_____ I und im WS/SS 20_____ II an einem **Operationskursus**,

im WS/SS 20_____ I und im WS/SS 20_____ II an einem **Kursus d. kieferorthopädischen
Behandlung**,

regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen habe. (§ 36 Abs. 1 Buchst. b) der ZAppO)

Je ein Semester als Auskultant

im WS/SS 20_____ die **Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten I**,

im WS/SS 20_____ die **chirurgische Poliklinik**,

im WS/SS 20_____ als **Praktikant die Hautklinik**,

je zwei Semester als Praktikant

im WS/SS 20_____ I und im WS/SS 20_____ II den **Kursus u. d. Poliklinik der
Zahnerhaltungskunde**,

im WS/SS 20_____ I und im WS/SS 20_____ II den **Kursus u. d. Poliklinik der Zahnersatzkunde**,

je drei Semester als Praktikant

im WS/SS 20_____ II, im WS/SS 20_____ III und im WS/SS 20_____ IV

die **Klinik und Poliklinik d. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten**

regelmäßig und mit Erfolg besucht habe. (§ 36 Abs. 1 Buchst. c) der ZAppO)

Erklärung

1. Ich erkläre hiermit, dass

- a) ich bisher von keinem anderen Prüfungsausschuss zur zahnärztlichen Prüfung zugelassen worden bin und mich der zahnärztlichen Prüfung noch nicht, auch nicht in einzelnen Fächern, unterzogen habe;
- b) gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig war oder ist.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben und bin mir bewusst, dass wahrheitswidrige Angaben die Zurücknahme der Zulassung und ggf. die Annullierung der bestandenen zahnärztlichen Prüfung zur Folge haben.

2. Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich verpflichtet bin, vor Beginn der jeweiligen Prüfung dem Prüfungsausschuss und dem/r Prüfer/in unverzüglich Mitteilung zu machen, wenn ich mich wegen Erkrankung oder aus anderen Gründen nicht prüfungsfähig fühle. Erkrankungen müssen mit ärztlichem Attest, in dem **PRÜFUNGSUNFÄHIGKEIT** bescheinigt wird, belegt werden.

Eine nach Beendigung der Prüfung geltend gemachte Erkrankung kann, auch wenn sie durch ein ärztliches Attest belegt ist, keinen Einfluss mehr auf das Prüfungsergebnis nehmen.

3. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass für die gesamte Prüfungsdauer einschließlich etwaiger Wiederholungsprüfungen ein Zeitraum von sechs Monaten nach ihrem Beginn vorgeschrieben ist. Ist die zahnärztliche Prüfung in diesem Zeitraum nicht vollständig bestanden, so gilt sie in allen Fächern als nicht bestanden und darf nicht wiederholt werden. Die Frist kann bei länger dauernder Krankheit oder bei Behinderung aus anderen zwingenden Gründen auf meinen Antrag hin verlängert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)