

Gesuch um Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

für Studierende der Zahnheilkunde, die nach § 61 Abs. 4 ZAppO das Studium der Humanmedizin vollständig abgeschlossen haben und denen die Approbation als Arzt/Ärztin erteilt wurde (zumindest die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs als Arzt/Ärztin im Praktikum)

Name: _____

ggf. auch Geburtsname

Vorname: _____

geb. am: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

An den Vorsitzenden des Ausschusses für die zahnärztliche Prüfung an der

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

Freien Universität Berlin

Humboldt-Universität zu Berlin

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 den Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**

7. **Approbation als Arzt/Ärztin bzw. die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs als Arzt/Ärztin im Praktikum**

8. **Studienbuch/-seiten**

Universität

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

WS / SS _____

Universität

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 und 4 ZAppO vom _____ über _____ Semester

10. **nur für BAföG-Empfänger (Zahnmedizin): letzter BAföG-Bescheid und ausgefüllte Erklärung**

Studenten/innen, die das Studium der Humanmedizin vollständig abgeschlossen haben und denen die Approbation als Arzt/Ärztin erteilt wurde (zumindest die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs als Arzt/Ärztin im Praktikum), können zur zahnärztlichen Prüfung zugelassen werden, wenn sie nachweisen, dass sie nach § 61 Abs. 4 der Approbationsordnung für Zahnärzte

a) **eine Vorlesung** über die Einführung in die Kieferorthopädie im WS/SS 20____,

je **zwei Vorlesungen** über

Werkstoffkunde im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Zahnerhaltungskunde umfassende Primärprophylaxe, Kariologie, Endodontologie,
Parodontologie u. Kinderzahnheilkunde im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Zahnersatzkunde im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Kieferorthopädie im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____ gehört,

b) während **eines Semesters** an einem

Röntgenkursus im WS/SS 20____,
Kursus der technischen Propädeutik im WS/SS 20____,
Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde im WS/SS 20____,
Kursus der kieferorthopädischen Technik im WS/SS 20____,
Phantomkurs der Zahnersatzkunde im WS/SS 20____,
und während der vorlesungsfreien Monate an einem weiteren
Phantomkurs der Zahnersatzkunde vom _____ bis _____

sowie während **zweier Semester** an einem

Operationskurs im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Kursus der kieferorthopädischen Behandlung im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,

regelmäßig und mit Erfolg teilgenommen,

c) je **zwei Semester** als Praktikant den

Kursus u. die Poliklinik der Zahnerhaltungskunde im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,
Kursus u. die Poliklinik der Zahnersatzkunde im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____,

und **drei Semester** als Praktikant die

Klinik und Poliklinik der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
im WS/SS 20____, im WS/SS 20____ und im WS/SS 20____

regelmäßig und mit Erfolg besucht haben.

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass ich die vorstehenden Lehrveranstaltungen besucht habe.

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 verlängert werden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)