

Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg L6
Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen
nach der Approbationsordnung für Ärzte
Im Auftrag der Regierung von Oberbayern
Halbmondstraße 6
91023 Erlangen

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

Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

M2

nach der ÄAppO 2002 in der ab Januar 2014 gültigen Fassung (M2SP)

 im Frühjahr 20 im Herbst 20

Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität

Matr.-Nr.

Ausbildungsstätte(n) Innere Medizin

 Erstprüfung Erste Wiederholungsprüfung Zweite Wiederholungsprüfung

Fehlversuche im Rahmen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO in der bis 30.09.2003 geltenden Fassung (alte ÄAppO) und der M2 nach der ÄAppO 2002 sind hierbei zu berücksichtigen / mitzuzählen.

Familienname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Eheurkunde, aber ohne Namenszusätze, siehe nächstes Feld)

Namenszusätze

(Dr., von, de, van usw.)

ggf. Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Vornamen (Schreibweise lt. Geburtsurkunde, Personalausweis oder Reisepass)

Geburtsdatum (z. B. 03.05.1980)

 . .

Geschlecht

 weiblich = 1
 männlich = 2

Staatsangehörigkeit

 (vgl. Seite 7 Schlüsseliste 1; falls dort nicht aufgeführt, bitte Kfz-Länderkennzeichen eintragen)

Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Geburtsurkunde bzw. Personalausweis oder Reisepass)

Semester der Erstmatrlikulation
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 Prüfungsmittelungen versandt werden sollen:

Straße/Platz Hausnr.

Postleitzahl

Ort

Hinweise:

Geben Sie diesen Antrag mit den vorgeschriebenen Nachweisen bei dem oben angeführten
Prüfungsamt Ihrer Universität bis spätestens 10.1. bzw. 10.6. ab.

Wegen noch laufender Lehrveranstaltungen ausstehende Scheine sind sofort nach Erhalt,
spätestens jedoch bis eine Woche nach dem letzten Vorlesungstag des jeweiligen Semes-
ters (Ausschlussfrist gem. § 10 Abs. 4 letzter Satz ÄAppO) nachzureichen. Wenn Sie einen
oder mehrere der vorgeschriebenen Scheine nicht erhalten, bitten wir Sie, dies dem Prü-
fungsamt schriftlich mitzuteilen und Ihren Zulassungsantrag zurückzunehmen.

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 (ohne angerechnete Studiensemester)

an der Universität

im

I. vorklinisches Studium

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

II. klinisches Studium

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

an der Universität

im

SS

im

WS

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bzw.
Ärztliche Vorprüfung bestanden am

Prüfungsort

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original oder in amtlich oder notariell beglaubigter Ablichtung beigefügt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

- 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)
- 03 aktuelle Studienverlaufsbescheinigung; bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikulationsvermerk
- 04 laufende Immatrikulationsbescheinigung
- 05 Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. der Ärztlichen Vorprüfung

Nachweise über

- 06 angerechnete Studienzeiten nach § 12 ÄAppO
- 07 anerkannte Scheine
- 08 Famulatur (Zeugnis nach dem Muster der Anlage 6 zur ÄAppO)

Ableistung der Famulatur (pro Monat mindestens 30 Kalendertage)			
vom	bis	Tage	Einrichtung einer ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder eine geeignete ärztliche Praxis
vom	bis	Tage	Einrichtung einer hausärztlichen Versorgung (ab 10. Januar 2016 verpflichtend)
vom	bis	Tage	klinisch-theoretisches Universitätsinstitut (nur bis einschließlich 30. September 2013 anrechenbar)
vom	bis	Tage	Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung
vom	bis	Tage	

Angaben zu den Leistungsnachweisen nach § 27 ÄAppO

Einzelfächer auch wenn sie Bestandteil eines fächerübergreifenden Leistungsnachweises sind (s. Blatt 4)

	Note*	anerkannt, gemäß § 12 ÄAppO	anerkannt, gemäß § 43 ÄAppO
EF0001 Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0002 Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0003 Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0004 Augenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0005 Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0006 Dermatologie, Venerologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0007 Frauenheilkunde, Geburtshilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0008 Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0009 Humangenetik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0010 Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0011 Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0012 Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0013 Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0014 Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0015 Orthopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0016 Pathologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0017 Pharmakologie, Toxikologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0018 Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0019 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0020 Rechtsmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0021 Urologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0022 Wahlfach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genaue Bezeichnung des Wahlfaches (lt. Schein bzw. Gesamtbescheinigung)

* Einzutragen sind nur Noten, die im Rahmen eines in Deutschland absolvierten Medizinstudiums vergeben wurden.

Fächerübergreifende Leistungsnachweise, die an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg erworben wurden;

Falls Sie Studienortwechsler sind und an anderen Hochschulen fächerübergreifende Leistungsnachweise erworben haben, wenden Sie sich bitte an die Sachbearbeiter/innen im Prüfungsamt

	Note*	anerkannt, gemäß § 12 ÄAppO	anerkannt, gemäß § 43 ÄAppO
MF0001 FÜL A: Chirurgie, Geburtshilfe/Frauenheilkunde, Anästhesiologie/Notfallmedizin	(Gesamtnote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0005 Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0007 Frauenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0002 Anästhesiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MF0002 FÜL B: Neurologie, Psychiatrie und Physiotherapie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	(Gesamtnote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0014 Neurologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0018 Psychiatrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0019 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MF0003 FÜL C: Innere Medizin, Kinderheilkunde/Jugendmedizin, Klinische Pharmakologie	(Gesamtnote)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0011 Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0012 Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF0017 Klinische Pharmakologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Einzutragen sind nur Noten, die im Rahmen eines in Deutschland absolvierten Medizinstudiums vergeben wurden

Querschnittsfächer	Note*	anerkannt, gemäß § 12 ÄAppO	anerkannt, gemäß § 43 ÄAppO
QB0001 Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0002 Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0003 Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0004 Infektiologie, Immunologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0005 Klinisch-pathologische Konferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0006 Klinische Umweltmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0007 Medizin des Alterns und des alten Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0008 Notfallmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0009 Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0010 Prävention, Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0011 Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0012 Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0013 Palliativmedizin ab Herbstprüfung 2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB0014 Schmerzmedizin ab Herbstprüfung 2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blockpraktika

Note

anerkannt,
gemäß
§ 12 ÄAppO

- BP0001 Blockpraktikum Innere Medizin
- BP0002 Blockpraktikum Chirurgie
- BP0003 Blockpraktikum Kinderheilkunde
- BP0004 Blockpraktikum Frauenheilkunde
- BP0005 Blockpraktikum Allgemeinmedizin

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Intern:** Schmerzmedizin (ab PJ-Beginn August 2013)
 Untersuchungskurs (bis PJ-Beginn Februar 2013)

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO in der bis 30.09.2003 geltenden Fassung (= alte ÄAppO)

- bisher nicht teilgenommen
- ohne Erfolg teilgenommen

am	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>
am	in
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO 2002

- bisher nicht teilgenommen
- ganz oder teilweise ohne Erfolg teilgenommen

am	in	nicht bestandene(r) Prüfungsteil(e):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich
am	in	nicht bestandene(r) Prüfungsteil(e):
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> mündlich <input type="checkbox"/> schriftlich

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.

Ich willige hiermit ein, dass meine persönlichen Prüfungsergebnisse, übermittelt durch das IMPP, unverzüglich an das zuständige**) Studiendekanat zur Ableistung des Praktischen Jahres weitergeleitet werden.

*) § 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.

**) Falls keine anderweitige Mitteilung ergeht, erfolgt die Mitteilung an das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der LMU

Schlüsselliste 1: STAATSANGEHÖRIGKEIT

Ägypten	ET	Georgien	GO	Madagaskar	RDM	Senegal	SN
Äquatorialguinea	AEQ	Ghana	GH	Malawi	MW	Serbien/Montenegro	SCG
Äthiopien	ETH	Gibraltar	GBZ	Malaysia	MAL	Seychellen	SY
Afghanistan	AFG	Grenada (Westindien)	WG	Malediven	MLD	Sierra Leone	WAL
Albanien	AL	Griechenland	GR	Mali	RMM	Simbabwe	ZW
Algerien	DZ	Großbritannien u. Nordirland	GB	Malta	M	Singapur	SGP
Andorra	AND	Guatemala	GCA	Marokko	MA	Slowakei	SK
Angola	ANG	Guinea	RG	Marshallinseln	MH	Slowenien	SLO
Antarktis-Territorium	ANT	Guinea-Bissau	GUB	Mauretanien	RIM	Somalia	SP
Antigua und Barbuda	AG	Guyana	GUY	Mauritius	MS	Spanien	E
Arabische Emirate	UAE	Haiti	RH	Mazedonien	MK	Sri Lanka	CL
Argentinien	RA	Honduras	RHO	Mexiko	MEX	St. Kitts und Nevis	SKT
Armenien	ARM	Indien	IND	Mikronesien	FM	St. Vincent + die Grenadinen	VC
Aserbaidschan	AZ	Indonesien	RI	Moldau, Rep. (Moldawien)	MOL	Sudan	SD
Ascension + St. Helena	SH	Irak	IRQ	Monaco	MC	Südafrika	ZA
Australien	AUS	Iran	IR	Mongolei	MON	Suriname	SR
Bahama-Inseln	BS	Irland	IRL	Mosambik	MOZ	Swasiland	SS
Bahrain-Inseln	BRN	Island	IS	Myanmar	BUR	Syrien	SYR
Bangladesch	BD	Israel	IL	Namibia	SWA	Tadschikistan	TJ
Barbados	BDS	Italien	I	Nauru	NAU	Taiwan	TC
Belgien	B	Jamaika	JA	Nepal	NEP	Tansania	TA
Belize	BH	Japan	J	Neuseeland	NZ	Thailand	TH
Benin	DY	Jemen	ADN	Nicaragua	NIC	Tibet	TB
Bhutan	BHU	Jordanien	JOR	Niederl. Antillen (einschl. Curacao)	NA	Togo	TG
Bolivien	BOL	Kambodscha	K	Niederlande	NL	Tonga	TO
Bosnien-Herzegowina	BIH	Kamerun	CAM	Niger	NR	Trinidad und Tobago	TT
Botsuana	RB	Kanada	CDN	Nigeria	NG	Tschad	TD
Brasilien	BR	Kap Verde	CV	Norwegen	N	Tschechische Republik	CZ
Brunei Darussalam	BRU	Kasachstan	KAS	Österreich	A	Türkei	TR
Bulgarien	BG	Katar	Q	Oman	OM	Tunesien	TN
Burkina Faso	BF	Kenia	EAK	Pakistan	PK	Turkmenistan	TUR
Burundi	BU	Kirgisistan	KIR	Palau	PW	Tuvalu	TUV
Chile	RCH	Kiribati	KI	Panama	PA	Uganda	UG
China Taiwan (Taiwan, Formosa)	RC	Kolumbien	CO	Papua-Neuguinea	PNG	Ukraine	UA
China (Volksrepublik)	TJ	Komoren	KOM	Paraguay	PY	Ungarn	H
Costa Rica	CR	Kongo, Republik	CG	Peru	PE	Uruguay	UY
Côte d'Ivoire	CI	Kongo, Dem. Republik	CD	Philippinen	RP	Usbekistan	UZ
Dänemark	DK	Korea, Dem. Volksrepublik (Nord-)	DVK	Pitcairn-Inseln	PIT	Vanuatu	VN
Deutschland	D	Korea, Dem. Republik (Süd-)	ROK	Polen	PL	Valikinstadt	V
Dominikanische Republik	DOM	Kroatien	HR	Portugal	P	Venezuela	VV
Dominica (Westindien)	WD	Kuba	C	Ruanda	RWA	Vereinigte Arabische Emirate	AE
Dschibuti	DS	Kuwait	KWT	Rumänien	RO	Vereinigte Staaten von Amerika	USA
Ecuador	EC	Laos	LAO	Russische Föderation	RUS	Vietnam	VN
El Salvador	ES	Lesotho	LS	Salomonen	SAL	Weißrussland	BY
Eritrea	ERT	Leitland	LV	Sambia	Z	West Samoa	WS
Estland	EST	Libanon	RL	Samoa	WS	Zentralafrikanische Republik	CF
Fidschi Fji	FJI	Liberia	LB	San Marino	RSM	Zypern	CY
Finnland	FIN	Libyen	LAR	Sao Tome und Principe	STP		
Frankreich	F	Liechtenstein	FL	Saudi Arabien	SA	Staatenlos	XX
Gabun	G	Litauen	LT	Schweden	S		
Gambia	WAG	Luxemburg	L	Schweiz	CH		

- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -

Bearbeitungsvermerke:

Antrag vorgeprüft; Meldebelegdaten geprüft

Sachbearbeiter	Datum

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

Sachbearbeiter	Datum

Saal LPA-Nr. -

Unterlagen vollständig

Meldung	Wiederh.
schriftl. <input type="checkbox"/>	schriftl. <input type="checkbox"/>
mündl. <input type="checkbox"/>	mündl. <input type="checkbox"/>

Letzte Prüfungsteilnahme bzw. letzte Prüfungsmeldung

Termin	LPA	LPA-Nr.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zuordnung nach § 14 Abs. 6

Referenzgruppe <input type="checkbox"/>	Restgruppe <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

Erster Abschnitt bzw. Ärztliche Vorprüfung bestanden

Termin	LPA	LPA-Nr.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen