

Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg Referat 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 ÄAppo 2002 in der Januar 2014 gültigen Fassung (M2SP)

im Frühjahr 20

im Herbst 20

Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität

Matrikelnr.:

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. Mobilfunknr., Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Vorname (Schreibweise lt. Geburtsurkunde, Personalausweis oder Reisepass)

Geburtsdatum

(z. B. 03.05.1980)

Geschlecht

(weiblich = 1| männlich = 2)

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

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

Semester der Erstimmatrikulation 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 Prüfungsmitteilungen 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 Semesters (Ausschlussfrist gem. § 10 Abs. 4 letzter Satz ÄAppO) nachzureichen. Wenn Sie einen oder mehrere der vorgeschriebenen Scheine nicht erhalten, bitten wir Sie, dies dem Prüfungsamt schriftlich mitzuteilen und Ihren Zulassungsantrag zurückzunehmen.

Angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Medizinstudien

eins zwei drei vier mehr als vier

angerechnet durch (Behörde)

Schreiben vom (Datum und Geschäftszeichen)

--

medizinisches Fachsemester (ohne angerechnete Studiensemester)

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

II. klinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

an der Universität

I. vorklinisches Studium

	im	<input type="checkbox"/>	SS		im	<input type="checkbox"/>	WS	
--	----	--------------------------	----	--	----	--------------------------	----	--

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bzw.

Ärztliche Vorprüfung bestanden am

Prüfungsort

--	--

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

- Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
- Heiratsurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur, wenn der jetzt geführte Name vom in der Geburtsurkunde eingetragenen abweicht)
- aktuelle Studienverlaufsbescheinigung; bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikulationsvermerk
- Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. der Ärztlichen Vorprüfung

Nachweise über

- angerechnete Studienzeiten nach §12 ÄAppo
- anerkannte Scheine
- Famulatur (Zeugnis nach dem Muster der Anlage 6 zur ÄAppo)

Ableistung der Famulatur (pro Monat mindestens 30 Kalendartage)						
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	Tage	<input type="text"/>	Einrichtung einer ambulanten Krankenversorgung, die ärztlich geleitet wird oder eine geeignete ärztliche Praxis
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	Tage	<input type="text"/>	Einrichtung einer hausärztlichen Versorgung (ab 10. Januar 2016 verpflichtend)
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	Tage	<input type="text"/>	Krankenhaus oder stationäre Rehabilitationseinrichtung
vom	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>	Tage	<input type="text"/>	

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
EF 0001	Allgemeinmedizin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0002	Anästhesiologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0003	Arbeitsmedizin, Sozialmedizin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0004	Augenheilkunde	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0005	Chirurgie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0006	Dermatologie, Venerologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0007	Frauenheilkunde, Geburtshilfe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0008	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0009	Humangenetik	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0010	Hygiene, Mikrobiologie, Virologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0011	Innere Medizin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0012	Kinderheilkunde	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0013	Klinische Chemie, Laboratoriumsdiagnostik	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0014	Neurologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0015	Orthopädie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0016	Pathologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0017	Pharmakologie, Toxikologie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0018	Psychiatrie und Psychotherapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0019	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EF 0020	Rechtsmedizin	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EF 0021 Urologie

EF 0022 Wahlfach

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

MF0001 FÜL A: Chirurgie, Geburtshilfe/Frauenheilkunde, Anästhesiologie/Notfallmedizin

(Gesamtnote)

Note*

anerkannt
gemäß
§12
ÄAppo

anerkannt
gemäß
§43
ÄAppo

MF0002 FÜL B: Neurologie, Psychiatrie und Physiotherapie einschließlich Kinder- und Jugendpsychiatrie; Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Gesamtnote)

MF0003 FÜL C: Innere Medizin, Kinderheilkunde/Jugendmedizin, Klinische Pharmakologie

(Gesamtnote)

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

Querschnittfächer

QB 0001 Epidemiologie, medizinische Biometrie und medizinische Informatik

Note*

anerkannt
gemäß
§12
ÄAppo

anerkannt
gemäß
§43
ÄAppo

QB 0002 Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin

QB 0003 Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem, Öffentliches Gesundheitswesen

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

bisher nicht bestanden

ohne Erfolg teilgenommen

am in

am in

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

bisher nicht teilgenommen

ganz oder teilweise ohne Erfolge teilgenommen

am in

am in

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß §3 Abs. 1 Nm. 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 Anhang 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)

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 geeignet ist,
4.

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

Eigenhändige Unterschrift

QB 0004	Infektiologie, Immunologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0005	Klinisch-pathologische Konferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0006	Klinische Umweltmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0007	Medizin des Alterns und des alten Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0008	Notfallmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0009	Klinische Pharmakologie/Pharmakotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0010	Prävention, Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0011	Bildgebende Verfahren, Strahlenbehandlung, Strahlenschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0012	Rehabilitation, Physikalische Medizin, Naturheilverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0013	Palliativmedizin ab Herbstprüfung 2014	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
QB 0014	Schmerzmedizin ab Herbstprüfung 2016	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Blockpraktika

BP0001	Blockpraktikum Innere Medizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BP0002	Blockpraktikum Chirurgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BP0003	Blockpraktikum Kinderheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BP0004	Blockpraktikum Frauenheilkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BP0005	Blockpraktikum Allgemeinmedizin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schlüsselliste 1: STAATSANGEHÖRIGKEIT

Ägypten	ET	Guatemala	GCA	Madagaskar	RDM	Slowenien	SLO
Äthiopien	ETH	Guinea	RG	Malawi	MW	Somalia	SP
Afghanistan	AFG			Malaysia	MAL	Spanien	E
Albanien	AL	Haiti	RH	Mali	RMM	Sri Lanka (Ceylon)	CL
Algerien	DZ	Honduras	RHO	Marokko	MA	Südafrika	ZA
Andorra	AND			Mexiko	MEX	Sudan	EAS
Angola	ANG	Indien	IND	Monaco	MC	Syrien	SYR
Argentinien	RA	Indonesien	RI	Mosambik	MOZ		
Australien	AUS	Irak	IRQ	Myanmar	BUR		
		Iran	IR			Tansania	EAT
Bangladesch	BD	Irland	IRL	Nepal	NEP	Thailand	T
Belgien	B	Island	IS	Neuseeland	NZ	Togo	TG
Benin	DY	Israel	IL	Nicaragua	NIC	Tschad	TSC
Bolivien	BOL	Italien	I	Niederlande	NL	Tschechische Republik	CZ
Brasilien	BR			Niger	RN	Türkei	TR
Bulgarien	BG	Jamaika	JA	Nigeria	WAN	Tunesien	TN
Burkina Faso	BF	Japan	J	Norwegen	N		
Burundi	BU	Jemen	ADN			Uganda	EAU
		Jordanien	JOR	Österreich	A	Ukraine	UA
Chile	RCH	Jugoslawien				Ungarn	H
China (Taiwan)	RC	(nicht selbständige Teilgeb.)	YU	Pakistan	PK	Uruguay	ROU
China (Volksrepublik)	TJ			Panama	PA		
Costa Rica	CR			Paraguay	PY	Venezuela	YV
Côte d'Ivoire	CI	Kambodscha	K	Peru	PE	Vereinigte Arabische Emirate	UAE
		Kamerun	CAM	Philippinen	RP	Vereinigte Staaten von Amerika	USA
Dänemark	DK	Kanada	CDN	Polen	PL	Vietnam	VN
Deutschland	D	Kenia	EAK	Portugal	P		
Dominikanische Republik	DOM	Kolumbien	CO			Weißrussland	BY
		Kongo	RCB	Ruanda	RWA		
Ecuador	EC	Korea	ROK	Rumänien	RO	Zaire	ZRE
El Salvador	ES	Kroatien	HR	Russische Föderation	RUS	Zentralafrikanische Republik	RCA
Estland	EW	Kuba	C			Zypern	CY
		Kuwait	KWT				
Finnland	FIN	Laos	LAO	Sambia	Z		
Frankreich	F	Lettland	LV	Saudi-Arabien	SA		
		Libanon	RL	Schweden	S		
Georgien	GO	Liberia	LB	Schweiz	CH	Staatenlos	XXX
Ghana	GH	Libyen	LAR	Senegal	SN		
Griechenland	GR	Liechtenstein	FL	Sierra Leone	WAL		
Großbritannien u. Nordirland	GB	Litauen	LT	Simbabwe	ZW		
		Luxemburg	L	Singapur	SGP		
				Slowakische Republik	SQ		

- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -

Bearbeitungsvermerke:

Antrag vorgeprüft; Meldedaten geprüft
 Die nach §10 Abs. 4 ÄAppo geforderten Antragsunterlagen sind vollständig;
 Zulassungsschreiben fertigen

Sachbearbeiter	Datum

Sachbearbeiter	Datum
----------------	-------

Saal

LPA-Nr.:

Unterlagen vollständig

Meldung schriftl. mündl.

Wiederholung schriftl. mündl.

Letzte Prüfungsteilnahme bzw. letzte Prüfungsmeldung

Termin	LPA	LPA-Nr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zuordnung nach §14 Abs. 6

Referenzgruppe Restgruppe

Erster Abschnitt bzw. Ärztliche Prüfung Vorprüfung bestanden

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

Bemerkungen

