

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen/Nürnberg
Außenstelle zur Durchführung der Prüfungen nach
der Approbationsordnung für Zahnärzte und
Zahnärztinnen
im Auftrag der Regierung von Oberbayern
Ref. III.6

Anschrift:
FAU Erlangen-Nürnberg
Prüfungsverwaltung Zahnmedizin
Herr Lukas Wolf
Halbmondstr. 6
91054 Erlangen

Ort, Datum

Bitte deutlich lesbar am PC oder in
Druckbuchstaben 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 **Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung / Z1**

☐ im Frühjahr

2	0		
---	---	--	--

☐ im Herbst

2	0		
---	---	--	--

geprüft am:

Es fehlt/fehlen:

Matrikelnummer

Familienname (Schreibweise lt. Identitätsnachweis bzw. Eheurkunde)

Vorname/n

Namenszusätze (Dr., von, etc.)

Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Identitätsnachweis)

Geburtsdatum (z.B. 03.05.1964 für 3. Mai 1964) Geschlecht

Staatsangehörigkeit

weiblich = 1
männlich = 2
divers = 3

nur
Kürzel

☐ Anzahl der zahnmedizinischen Fachsemester (einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 05)

Anschrift, an welche die Prüfungsmitteilungen versandt werden sollen:

Straße/Platz Hausnummer

Postleitzahl

Ort

▼ Nur ausfüllen, wenn die Hochschulzugangsberechtigung in der Bundesrepublik Deutschland erworben wurde! ▼

Bundesland der HZB

Jahr des Erwerbs der HZB

Durchschnittsnote oder

Gesamtpunktzahl lt. Zeugnis

z.B. 2020

z.B. 170 für 1,70

Hinweis: Wegen noch laufender Lehrveranstaltungen ausstehende Nachweise sind sofort nach Erhalt, spätestens jedoch bis zu der vorgegebenen Nachreichfrist nachzureichen. Wenn Sie einen oder mehrere der vorgeschriebenen Bescheinigungen nicht erhalten, bitten wir Sie, dem Prüfungsamt dies schriftlich mitzuteilen und Ihren Zulassungsantrag zurückzunehmen.

Dem Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung (Z1) sind folgende Unterlagen im Original oder in beglaubigter Kopie **sortiert in gegebener Reihenfolge** beizufügen:

- ☐ Identitätsnachweis
(*Personalausweis oder Reisepass*)
- ☐ Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung **und** bei Zeugnissen, die im Ausland erworben worden sind, auch der Anerkennungsbescheid der nach Landesrecht zuständigen Stelle
- ☐ Nachweis Ausbildung Erste Hilfe
(*darf bei Antragstellung nicht älter als 3 Jahre sein*)
- ☐ Zeugnis über den Pflegedienst
(*mind. 30 Tage, nach dem Abitur, ggfs. FSJ/BFD bzw. Berufsausbildung*)
- ☐ Nachweis über Studienzeiten
(*Studienverlaufsbescheinigung*)
- ☐ Nachweis(e) gemäß **Anlage 5 / 6** über die erfolgreiche Teilnahme and den Unterrichtsveranstaltungen **nach Anlage 1 ZApprO:**
(*Der Nachweis wird über die korrekte Verbuchung in campo erbracht – für die Unterrichtsveranstaltungen gilt die Nachreichfrist!*)
 - ☐ Übung in medizinischer Terminologie (**35321**)
 - ☐ Praktikum der Physiologie (**71351 + 71352**)
 - ☐ Praktikum der makroskopischen Anatomie (**71451 + 71452 + 71453**)
 - ☐ Praktikum der mikroskopischen Anatomie (**71551 + 71552**)
 - ☐ Praktikum der Biochemie und Molekularbiologie (**71651**)
 - ☐ Praktikum der Berufsfelderkundung (**72251**)
 - ☐ Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde (**72301**)
 - ☐ Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie (**72351**)
 - ☐ Praktikum der Chemie für St. d. ZM (**21752 + 21761**)
 - ☐ Praktikum der Physik für St. d. ZM (**61181**)

- ☐ Anrechnung von Studienzeiten
(*Bitte Nachweise beifügen*)

Angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Zahnmedizinischen Studien und Prüfungsbefreiung

☐ eins ☐ zwei ☐ drei ☐ vier

- ☐ Im Ausland erbrachte Studienleistungen

Semester	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> WS	____ / ____	Universität _____
Semester	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> WS	____ / ____	Universität _____
Semester	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> WS	____ / ____	Universität _____
Semester	<input type="checkbox"/> SS	<input type="checkbox"/> WS	____ / ____	Universität _____

angerechnet durch (Behörde), Schreiben vom (Datum und Geschäftszeichen)

- ☐ Wahlfach: _____
genauen Namen eintragen

Wahlfach Note: _____

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und ich mich bisher bei keiner anderen Universität oder Hochschule zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung oder einer gleichwertigen Prüfung gemeldet bzw. mich einer solchen Prüfung unterzogen habe. Alle vorgesehenen Vorlesungen sind von mir im Rahmen meines Studiums erbracht worden oder werden bis zum Ablegen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung erbracht werden.

.....
(Eigenhändige Unterschrift)

Rechtsgrundlage (für die Datenerhebung)

Rechtsgrundlage für die Erhebung von personenbezogenen Daten ist Art. 58 Abs. 6 des Bayerischen Hochschulgesetzes (BayHSchG) sowie die Approbationsordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung. Danach ist jede Studentin bzw. jeder Student zur Angabe der in diesem Antrag auf Zulassung geforderten personenbezogenen Daten, soweit diese nicht als freiwillige Angaben gekennzeichnet sind, verpflichtet. Diese Daten dienen der Universität Erlangen-Nürnberg zu Verwaltungszwecken im Zusammenhang mit der Prüfung. Die Datenverarbeitung erfolgt unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bayerischen Datenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.