Eingang der Unterlagen im Studiendekanat (Fleischmannstr. 42, 17475 Greifswald)
bis spätestens 25. Januar (Wintersemester) bzw. 25. Juni (Sommersemester)

An
Universitätsmedizin Greifswald
Studiendekanat
Fleischmannstr. 42

17475 Greifswald

Vom Studiendekanat auszufüllen!

Geprüft am:

Es fehlt:

Auskunft erteilen:

Frau Daniela Backhaus, Telefon 03834/86-5007

Frau Eileen Stoldt, Telefon 03834/86-5015

Fax: 03834/86-5014

zahnmedizin-pruefungen@med.uni-greifswald.de

Antrag auf Zulassung zur Zahnärztlichen Vorprüfung
an der Universität Greifswald

Hiermit bitte ich gemäß §§ 25 und 26 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO) um Zulassung zur Zahnärztlichen Vorprüfung (ZVP) im Anschluss an das

Wintersemester 20____ / 20____

Sommersemester 20____

Matrikelnummer

Familienname, ggf. auch Geburtsname

Vornamen (ggf. Rufnamen unterstreichen)

Geburtsdatum

Geburtsort

Staatsangehörigkeit

Geschlecht

Anschrift für die Übersendung des Zulassungsbescheides

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Ich füge diesem Antrag folgende Originalunterlagen bzw. beglaubigte Kopien (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtlich beglaubigten Übersetzungen) bei:

Bitte persönliche Daten ergänzen und nicht ankreuzen!

1. Geburtsurkunde, bei Verheirateten/eingetragenen Lebenspartnerschaften Kopie aus dem Familienbuch wegen Feststellung der Namensführung, (bei Ausländern Reisepass)

2. Zeugnis über die allgemeine Hochschulreife;(bei ausländischen Zeugnissen zusätzlich Anerkennungsbescheid vom Kultusministerium eines deutschen Landes)

Jahr

Bundesland

3. Nachweise über ein mindestens fünfsemestriges Studium der Zahnmedizin unter Vorlage des aktuellen Stammdatenblattes (Leporello)

Eingang der Unterlagen im Studiendekanat (Fleischmannstr. 42, 17475 Greifswald)
bis spätestens 25. Januar (Wintersemester) bzw. 25. Juni (Sommersemester)

Studiengang: Bitte alle zahnmedizinischen Fachsemester und die angerechneten Studiensemester (A) sowie die genehmigten Urlaubssemester (U) vollständig von Beginn an eintragen:

Bitte Tabelle um Jahr und Hochschule ergänzen!

Semester und Jahr	Hochschule	Semester und Jahr	Hochschule
1. WS/SS		7. WS/SS	
2. WS/SS		8. WS/SS	
3. WS/SS		9. WS/SS	
4. WS/SS		10. WS/SS	
5. WS/SS		11. WS/SS	
6. WS/SS		12. WS/SS	

- ggf. Anrechnungsbescheid aus Fremdstudium oder Auslandsstudium als Nachweise über angerechnete Studienzeiten und prakt. Übungen nach § 19 Abs. 5 ZAppO

Nachweise über die Teilnahme an den gemäß § 26 Abs. 3 u. 4 ZAppO vorgeschriebenen praktischen Übungen und Vorlesungen:

Bitte persönliche Daten ergänzen!

- Nachweise nach § 19 ZAppO
- Medizinische Terminologie bzw. „Latinum“
- Zeugnis über das Bestehen der Naturwissenschaftlichen Vorprüfung
bestanden am vor dem Prüfungsausschuss
- anatomische Präparierübungen
- physiologisches Praktikum
- physiologisch-chemisches Praktikum
- mikroskopisch-anatomischer Kurs
- Kursus der technischen Propädeutik
- Phantomkurs der Zahnersatzkunde (vorlesungsfreie Zeit) – Teil 1
- Phantomkurs der Zahnersatzkunde – Teil 2
- Nachweise über Vorlesungen (laut Studienbuch) über eine Vorlesung während **eines** Semesters über Histologie und Entwicklungsgeschichte
- Nachweis über eine Vorlesung während **zweier** Semester über Physiologie, physiologischer Chemie und Werkstoffkunde
- Nachweis über eine Vorlesung während **dreier** Semester über Anatomie
- Präventive Zahnheilkunde

Ich erkläre hiermit, dass ich zum ersten Mal an der ZVP im Geltungsbereich dieser Approbationsordnung teilnehme und mich nicht in einem anderen Prüfungsverfahren im Studiengang Zahnmedizin befinde. Ich habe den Prüfungsanspruch nicht durch Versäumen einer Wiederholungsfrist verloren.

Die ZAppO ist mir bekannt.

Ich verpflichte mich, dem Studiendekanat Medizin bis zum Erhalt des Zeugnisses über die Zahnärztliche Vorprüfung jede etwaige Anschriftenänderung mitzuteilen.

Ich versichere, dass ich die Angaben auf diesem Antrag wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.

(Ort, Datum)

(eigenhändige Unterschrift)

Hinweise:

Sollten die im Antrag genannten Nachweise nicht alle fristgerecht im Studiendekanat eingereicht werden, erfolgt keine Zulassung zur Prüfung. Zur nächsten Prüfungsanmeldung ist ein neuer Antrag zu stellen und alle Nachweise sind erneut vorzulegen.

Anlage zum Antrag auf Zulassung zur Zahnärztlichen Vorprüfung an der Universität Greifswald

An
Universitätsmedizin Greifswald
Studiendekanat
Fleischmannstr. 42

17475 Greifswald

Nachweis über die Teilnahme an den gemäß § 26 Abs. 3 u. 4 ZAppO vorgeschriebenen Vorlesungen

Hiermit bitte ich gemäß §§ 25 und 26 der Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO) um Zulassung zur Zahnärztlichen Vorprüfung (ZVP) im Anschluss an das

Wintersemester 20__ / 20__

Sommersemester 20__

Matrikelnummer

Familienname, ggf. auch Geburtsname

Vornamen (ggf. Rufnamen unterstreichen)

Geburtsdatum Geburtsort

Bitte Tabelle um Semester und Hochschule ergänzen!

Vorlesung	Anzahl Semester	Semester	Hochschule
Mustervorlesung	Semester 1 von 1	<i>WS 2019/20</i>	<i>Uni HGW</i>
Anatomie	Semester 1 von 3		
Anatomie	Semester 2 von 3		
Anatomie	Semester 3 von 3		
Histologie und Entwicklungsgeschichte	Semester 1 von 1		
Physiologie	Semester 1 von 2		
Physiologie	Semester 2 von 2		
physiologischer Chemie	Semester 1 von 2		
physiologischer Chemie	Semester 2 von 2		
Werkstoffkunde	Semester 1 von 2		
Werkstoffkunde	Semester 2 von 2		

Ich versichere, dass ich die Angaben auf dieser Anlage wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe.

(Ort, Datum)

(eigenhändige Unterschrift)