

**Antragsteller\*in**

Name, Vorname					
Matrikel-Nr.	<input type="checkbox"/> Z1	<input type="checkbox"/> ZVP	bestanden im	<input type="checkbox"/> Frühjahr 20_____	<input type="checkbox"/> Herbst 20_____
E-Mail-Adresse					

**6. Semester ZAPrO (neue Approbationsordnung)**

Lehrveranstaltung	Anmeldung		Leistungsüberprüfung Registrierung krankheitsbedingte Wiederholungsmöglichkeit	Abmeldung
	Erstkurs	Wiederholung		
Praktikum zahnärztlich-chirurgische Propädeutik und Notfallmedizin <i>(Fortführung aus 5. Semester)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktikum der Zahnerhaltungskunde am Phantom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praktikum der kieferorthopädischen Propädeutik und Prophylaxe <i>(Fortführung aus 5. Semester)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie mit Berücksichtigung des Strahlenschutzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6. Semester ZÄPrO (alte Approbationsordnung)**

Lehrveranstaltung	Anmeldung		Leistungsüberprüfung Registrierung krankheitsbedingte Wiederholungsmöglichkeit	Abmeldung
	Erstkurs	Wiederholung		
Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde (inkl. Parodontologie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik und Poliklinik für ZMK-Krankheiten I (Auskultando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik und Poliklinik für ZMK-Krankheiten II (Praktikando)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie mit Berücksichtigung des Strahlenschutzes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**8. Semester**

Lehrveranstaltung	Anmeldung		Leistungsüberprüfung Registrierung krankheitsbedingte Wiederholungsmöglichkeit	Abmeldung
	Erstkurs	Wiederholung		
Mikrobiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermatologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klinik u. Poliklinik der ZMK-Krankheiten III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs der Zahnersatzkunde I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs der Zahnerhaltungskunde I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**10. Semester**

Lehrveranstaltung	Anmeldung		Leistungsüberprüfung Registrierung krankheitsbedingte Wiederholungsmöglichkeit	Abmeldung
	Erstkurs	Wiederholung		
Kurs der der kieferorthopädischen Behandlung II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs der der Zahnersatzkunde II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurs der Zahnerhaltungskunde II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**Bemerkungen:**

**Antrag auf Änderung meines Regelstudienplanes**

Gleichzeitig stelle ich den Antrag auf Abweichung vom Regelstudienplan im Klinischen Abschnitt (gemäß Anlage Studienordnung Zahnmedizin in der der jeweils gültigen Fassung) für die Dauer von zwei Semestern.

Ich nehme zur Kenntnis,

1. dass ich mit dieser An- bzw. Abmeldung vom Regelstudienplan abweiche und mich für die kommenden Semester zu den bekannten Fristen gesondert an- bzw. abmelden muss.
2. dass im Fall einer notwendigen Wiederholung einer Lehrveranstaltung mit dem Antritt der Lehrveranstaltung alle eventuell noch aus der Erstveranstaltung bestehenden Versuche für Leistungsüberprüfungen erlöschen.

---

Datum, Unterschrift Antragsteller\*in