

Nachname, Vorname:	
Anschrift für die Übersendung des Zulassungs- und Ladungsbescheides; Straße, PLZ, Ort:	
Telefon:	Matrikel-Nr.:
E-Mail:	

**M 3 Lübeck
Mai-Juni 25**

Landesamt für soziale Dienste
- Abt. Gesundheits- und Verbraucherschutz -
 z. Hd. Gesa Jörgensen
 Gartenstraße 24
 24534 Neumünster

-Aktuell keine Sprechzeiten!-

Auskunft erteilt Frau Jörgensen: Telefon (04321) 913-933
 E-Mail: Gesa.Joergensen@lasd.landsh.de

-BITTE UNBEDINGT VORAB DIE BEKANNTMACHUNG LESEN (SEITE DER MED. FAKULTÄT unter Punkt Landesprüfungsamt)-

Antrag auf Zulassung zum **Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (ÄAppO 2012)**

Hiermit beantrage ich gemäß § 10 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) die Zulassung zum Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im Anschluss an das **Wintersemester 2024/25**.
 Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **Freitag, 10. Januar 2025** (Meldeschluss) dem Landesamt für Gesundheit und Arbeitssicherheit zugegangen sein müssen (**Meldeschluss-Eingangsstempel LasD**),
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung der endgültigen PJ-Bescheinigungen und der Gesamtbescheinigung aus dem Haus der Lehre **Montag, 21. April 2025** ist,
3. die Zulassung zu versagen ist, wenn
4. a) die vorgeschriebenen Nachweise nicht beigebracht werden,
 b) die Prüfung oder der Prüfungsabschnitt nicht wiederholt werden darf,
 c) die in § 11 Nr. 4 ÄAppO aufgeführten Gründe vorliegen.

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

Diesem Antrag füge ich folgende angekreuzte Unterlagen (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtliche Übersetzung) **in angegebener Reihenfolge** bei:

- 1. ausgefüllter Meldebeleg
- 2. Geburtsurkunde
- 3. ggf. Heiratsurkunde (nur bei Namensänderung)
- 4. Nachweis über ein mindestens 6-jähriges (12 Semester; davon 8 klinische) Studium der Medizin durch **Studienverlaufsbescheinigung**
 (gilt nur für die CAU, ansonsten Studienbuch/Studienbescheinigungen)
 - a) Studiengang (medizinische Fachsemester ohne angerechnete Semester):
- Semester bitte vollständig von Beginn an angeben (z.B.1. WS 08/09, CAU)

- Urlaubssemester deutlich mit „U“ kennzeichnen

Semester	Hochschule	Semester	Hochschule	Semester	Hochschule
1.		6.		11.	
2.		7.		12.	
3.		8.		13.	
4.		9.		14.	
5.		10.		15.	

- wenn der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt beifügen

- b) Ggf. Nachweise über angerechnete Studienzeiten gem. § 12 ÄAppO
5. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung n. R.; bestanden am _____ vor dem Landesprüfungsamt _____, LPA-Nr. (= **Ziffernfolge links unten auf Ihrem Zeugnis**) _____
6. Ggf. Genehmigung LPA für Praktisches Jahr im Ausland
 O Innere O Chirurgie O Wahlfach
7. Ausnahmegenehmigung bei Ableistung von 3 Tertialen außerhalb von SH
8. Endgültige Bescheinigungen über die regelmäßige Teilnahme an der praktischen Ausbildung (PJ-Einzelbescheinigungen).

Fehlzeit

- a) Innere Medizin vom _____ bis _____ ; _____
- b) Chirurgie vom _____ bis _____ ; _____
- c) Wahlfach vom _____ bis _____ ; _____

9. Buchungsbescheid des PJ-Portals. Der Bescheid muss mit den PJ-Bescheinigungen übereinstimmen.
- 10 Ein Foto, ca. Passbildgröße, nicht zwingend biometrisch (Auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

Hinweis: Im **Original oder amtlich beglaubigter Kopie** sind einzureichen: Leistungsnachweise anderer Universitäten bzw. Examenszeugnisse und Anrechnungsbescheide anderer Landesprüfungsämter. In **einfacher Kopie** können eingereicht werden: Examenszeugnisse und Anrechnungsbescheide, die vom Landesprüfungsamt Schleswig-Holstein ausgestellt wurden, Geburtsurkunden. Immatrikulationsbescheinigungen legen Sie als Ausdruck bei. Wenn Sie Originale oder beglaubigte Kopien zurückgeschickt haben möchten, bitte einen frankierten Rückumschlag beilegen, aber bitte nur dann!

Die Informationen zum Datenschutz unter dem Link: <https://www.schleswig-holstein.de/DE/landesregierung/ministerien-behoerden/LASD/Service/Datenschutz/Datenschutz.html> habe ich zur Kenntnis genommen.

_____, d. _____
 (Ort) (Datum) (eigenhändige Unterschrift)