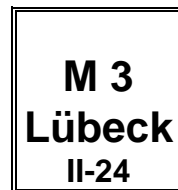


**Wahlfach PJ eintragen:** \_\_\_\_\_

LPA-Nr.: nicht eintragen

Nachname, Vorname:	
Heimatanschrift; Straße, PLZ, Ort: hier und auf grünem Impp Formular Anschrift setzen, die <b>nach Prüfung</b> relevant ist für Zusendung Zeugnis (keine Änderung möglich)	
Anschrift für die Übersendung des Zulassungs- und Ladungsbescheides; Straße, PLZ, Ort ( <b>Sept 24</b> ):	
Telefon:	Matrikel-Nr.:
E-Mail: <b>LESBAR!!!</b>	



An das  
Landesamt für Soziale Dienste  
Gesundheitsberufe  
z. Hd. Peter Krause (LASD322)  
Gartenstraße 24-26  
24534 Neumünster

Auskunft erteilt Herr Krause:  
e-Mail: [Peter.Krause@lasd.landsh.de](mailto:Peter.Krause@lasd.landsh.de)  
Tel.: 04321-913932

### 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 **SS 2024**.

Mir ist bekannt, dass

1. die Antragsunterlagen bis spätestens **10. Juni 2024** dem Landesamt für Soziale Dienste zugegangen sein müssen (Meldeschluss- Eingangsstempel LASD),
2. Ausschlussfrist für die Nachreichung der endgültigen Bescheinigungen der **22.10.24 12:00 Uhr** ist
3. die Zulassung zu versagen ist, wenn
  - 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.

Ich nehme am Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung zum ersten Mal teil.

Diesem Antrag füge ich folgende angekreuzte Unterlagen im Original (für ausländische Urkunden jeweils auch die amtliche Übersetzung) bei:

1. ausgefüllter Meldebeleg  
 2. Geburtsurkunde bzw zusätzlich Heiratsurkunde (Kopie)

**Bitte wenden**

3. Nachweis über ein mindestens 6-jähriges (12 Semester; davon 8 klinische) Studium der Medizin durch **aktuelle Immatrikulationsbescheinigung**
- Semester bitte **vollständig von Beginn an angeben** (z.B. 1. Semester = WS 17/18)
  - **Urlaubssemester bitte deutlich mit „U“ kennzeichnen**
  - **angerechnete Semester bitte deutlich mit „A“ kennzeichnen**

Semester ↓	Hochschul e ↓	Semester ↓	Hochschul e ↓	Semester ↓	Hochschul e ↓
1.WS/SS	_____	6.WS/SS	_____	11.WS/SS	_____
2.WS/SS	_____	7.WS/SS	_____	12.WS/SS	_____
3.WS/SS	_____	8.WS/SS	_____	13.WS/SS	_____
4.WS/SS	_____	9.WS/SS	_____	14.WS/SS	_____
5.WS/SS	_____	10.WS/SS	_____	15.WS/SS	_____

- wenn der zur Verfügung stehende Raum nicht ausreicht, bitte gesondertes Blatt DinA4 nutzen

4. Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung; bestanden am: \_\_\_\_\_ vor dem Landesprüfungsamt: \_\_\_\_\_, LPA-Nr. (unten links Zeugnis Bsp.: 0301-1): \_\_\_\_\_

5. Bescheid Genehmigung LPA für Praktischen Jahres **im Ausland** Terial ankreuzen und **Genehmigung LPA** als Kopie vorlegen:

Innere                       Chirurgie                       Wahlfach

6. Ausnahmegenehmigung von Prof Dr Westermann (Email ausreichend) bei Ableistung von 3 Terialen außerhalb SH.

7. Endgültige Bescheinigungen(Originale) über die regelmäßige Teilnahme an der praktischen Ausbildung. **Alle PJ-Zeiten, auch nicht bisher abgeleistete, sind vor Abgabe Anmeldung einzutragen**

				<u>Fehlzeit</u>
1	Innere Medizin	Vom	1: _____	Bis
			2: _____	1. _____
			_____	2: _____ ; _____
2	Chirurgie	Vom	1: _____	Bis
			2: _____	1: _____
			_____	2: _____ ; _____
3	Wahlfach	Vom	1: _____	Bis
			2: _____	1: _____
			_____	2: _____ ; _____

8. Buchungsbescheid des PJ-Portals. Der Bescheid muss mit den PJ-Bescheinigungen übereinstimmen

9. Passbild (Auf die Rückseite den Vor- und Zunamen schreiben)

\_\_\_\_\_, d. \_\_\_\_\_

(Ort)

(Datum)

(eigenhändige Unterschrift)

Frühzeitig die Anmeldung vornehmen (ab März 24): wenn alle Teilnehmer dieses tun, kann rechtzeitig eine Bekanntgabe 1. Prüfungstag und 4. Fach erfolgen, ansonsten vermutlich erst im Okt 24

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.

(Ort)

(Datum)

(eigenhändige Unterschrift)