

Ludwig-Maximilians-Universität München
Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen
nach der Approbationsordnung für Ärzte
im Auftrag der Regierung von Oberbayern
Amalienstraße 52
80799 München

München, 15.05.2021

Ort, Datum

Bitte vollständig 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
Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
nach der ÄAppO 2002 in der ab 16. März 2020 gültigen Fassung (M2)

M2

im Frühjahr 20

im Herbst 20 21

Ich bin im Fach Humanmedizin eingeschrieben an der Universität

Matr.-Nr.

Erstprüfung

Erste Wiederholungsprüfung

Zweite Wiederholungsprüfung

Fehlversuche im Rahmen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO in der bis 30.09.2003 geltenden Fassung (alte ÄAppO) und der M2 nach der ÄAppO 2002 sind hierbei zu berücksichtigen / mitzuzählen.

Familienname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Eheurkunde, aber ohne Namenszusätze, siehe nächstes Feld)

Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)

Telefonnummer(n) Festnetz +/- Mobil (nur Inland)

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

ALLE Vornamen (gem. Geburtsurkunde)

Geburtsdatum (Schreibweise: TT.MM.JJJJ)

Geschlecht

weiblich=1
männlich=2
divers=3

Staatsangehörigkeit

(vgl. Seite 4 Schlüsseliste; falls dort nicht aufgeführt,
bitte KFZ-Länderkennzeichen eintragen)

Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

E-Mail-Adresse(n)

Semester der Erstimmatrikulation im Studienfach
Humanmedizin im Inland

z.B. WS 14/15
oder SoSe 15

Anzahl der med. Fachsemester einschl. ggf. angerechneter Semester,
auch das sogenannte „Freisemester“, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 12

Anschrift, an welche die Prüfungsmittteilung versandt werden soll (nur Adressen in Deutschland):

Straße/Platz Hausnr., ggf. Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Hinweise:

Geben Sie diesen Antrag mit den vorgeschriebenen Nachweisen bei dem oben angeführten **Prüfungsamt Ihrer Universität bis spätestens 10.1. bzw. 10.6. ab.**

Wegen noch **laufender Lehrveranstaltungen** ausstehende Scheine sind **sofort nach Erhalt**, spätestens jedoch bis eine Woche nach dem letzten Vorlesungstag des jeweiligen Semesters (Ausschlussfrist gem. § 10 Abs. 4 letzter Satz ÄAppO) **nachzureichen**. Wenn Sie einen oder mehrere der vorgeschriebenen Scheine nicht erhalten, bitten wir Sie, dies dem Prüfungsamt schriftlich mitzuteilen und Ihren Zulassungsantrag zurückzunehmen.

Angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Medizinstudien

eines zwei drei vier mehr als vier

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

medizinische Fachsemester (ohne angerechnete Studiensemester), Studienverlauf bitte **immer** ausfüllen!

| an der Universität | | I. vorklinisches Studium | | | | | | |
|--------------------|----|-------------------------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|----|--------------------------|
| LMU | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 15/16 |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 16 | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 16/17 |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 17 | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 17/18 |
| | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |
| an der Universität | | II. klinisches Studium | | | | | | |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 18 | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 18/19 |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 19 | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 19/20 |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 20 | im | <input checked="" type="checkbox"/> | WS | 20/21 |
| LMU | im | <input checked="" type="checkbox"/> | SS | 21 | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |
| | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |
| | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |
| | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |
| | im | <input type="checkbox"/> | SS | <input type="checkbox"/> | im | <input type="checkbox"/> | WS | <input type="checkbox"/> |

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung bzw. Ärztliche Vorprüfung bestanden am

17.08.2017

Prüfungsort

München

Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen im Original oder in amtlich oder notariell beglaubigter Kopie beigelegt. Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.

- 01 Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern
- 02 Eheurkunde oder Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur, wenn der jetzt geführte Name von dem in der Geburtsurkunde eingetragenen abweicht)
- 03 aktuelle Studienverlaufsbescheinigung; bei Hochschulwechsel zusätzlich Studienbuch/-bücher mit Exmatrikelvermerk oder vergleichbare Bescheinigungen
- 04 Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. der Ärztlichen Vorprüfung

Nachweise über

- 06 angerechnete Studienzeiten nach § 12 ÄAppO
- 07 Anerkennungsbescheid über anerkannte Scheine aus Auslandsstudium oder verwandten Studiengängen (§ 12 ÄAppO) bzw. nach der „Altfallregelung“ (§ 43 ÄAppO)
- 08 Famulatur (Zeugnis nach dem Muster der Anlage 6 zur ÄAppO)
- 09 Leistungen gem. § 27 ÄAppO (Gesamtbescheinigung nach Anlage 2b ÄAppO)

| Ableistung der Famulatur <i>(mind. 30 Tage pro Kalendermonat; Ausnahme Februar)</i> | | |
|--|-----------------|----------------------------|
| vom 17.02.20 | bis 16.03.20 | Tage / Monat(e) 29 Tage |
| vom 01.09.20 | bis 30.09.20 | Tage / Monat(e) 30 Tage |
| vom 01.08.20 | bis 31.08.20 | Tage / Monat(e) 31 Tage |
| vom 08.03.21 | bis 07.04.21 | Tage / Monat(e) 31 Tage |

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der ÄAppO in der bis 30.09.2003 geltenden Fassung (= alte ÄAppO)

- bisher nicht teilgenommen
 ohne Erfolg teilgenommen

am in

am in

Ich habe am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach der ÄÄppO 2002

- bisher nicht teilgenommen
 ganz oder teilweise ohne Erfolg teilgenommen

am in nicht bestandene(r) Prüfungsteil(e):
 mündlich schriftlich

am in nicht bestandene(r) Prüfungsteil(e):
 mündlich schriftlich

Erklärung:

Die vorstehenden Angaben sind vollständig und wahr.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 Nrn. 2 und 3 der Bundesärzteordnung*) liegen bei mir nicht vor. Ich bin weder vorbestraft, noch liegt derzeit ein Strafverfahren gegen mich vor. Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

Ich willige hiermit ein, dass meine persönlichen Prüfungsergebnisse, übermittelt durch das IMPP, unverzüglich an das zuständige**) Studiendekanat zur Ableistung des Praktischen Jahres weitergeleitet werden.

*) § 3 Abs. 1 der Bundesärzteordnung in der derzeit geltenden Fassung hat folgenden Wortlaut (Auszug):

- (1) Die Approbation als Arzt ist auf Antrag zu erteilen, wenn der Antragsteller
 - 1. ...
 - 2. sich nicht eines Verhaltens schuldig gemacht hat, aus dem sich seine Unwürdigkeit oder Unzuverlässigkeit zur Ausübung des ärztlichen Berufs ergibt,
 - 3. nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs ungeeignet ist,
 - 4. nach einem Studium der Medizin an einer wissenschaftlichen Hochschule von mindestens 5 500 Stunden und einer Dauer von mindestens sechs Jahren, von denen mindestens acht, höchstens zwölf Monate auf eine praktische Ausbildung in Krankenhäusern oder geeigneten Einrichtungen der ärztlichen Krankenversorgung entfallen müssen, die ärztliche Prüfung im Geltungsbereich dieses Gesetzes bestanden hat,
 - 5....

**) Falls keine anderweitige Mitteilung ergeht, erfolgt die Mitteilung an das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät der LMU

Maria Mustermann-Müller

eigenhändige Unterschrift

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Allgemeine Informationen über die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung Ihrer Daten können Sie der Datenschutzerklärung auf der Internetseite Ihrer zuständigen Behörde entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Bedarf von Ihrem zuständigen Sachbearbeiter.

Schlüsselliste 1: STAATSANGEHÖRIGKEIT

| | | | | | | | |
|--------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|--------------------------------|-----|
| Ägypten | ET | Georgien | GO | Madagaskar | RDM | Senegal | SN |
| Äquatorialguinea | AEQ | Ghana | GH | Malawi | MW | Serbien/Montenegro | SCG |
| Äthiopien | ETH | Gibraltar | GBZ | Malaysia | MAL | Seychellen | SY |
| Afghanistan | AFG | Grenada (Westindien) | WG | Malediven | MLD | Sierra Leone | WAL |
| Albanien | AL | Griechenland | GR | Mali | RMM | Simbabwe | ZW |
| Algerien | DZ | Großbritannien u. Nordirland | GB | Malta | M | Singapur | SGP |
| Andorra | AND | Guatemala | GCA | Marokko | MA | Slowakei | SQ |
| Angola | ANG | Guinea | RG | Marshallinseln | MH | Slowenien | SLO |
| Antarktis-Territorium | ANT | Guinea-Bissau | GUB | Mauretanien | RIM | Somalia | SP |
| Antigua und Barbuda | AG | Guyana | GUY | Mauritius | MS | Spanien | E |
| Arabische Emirate | UAE | Haiti | RH | Mazedonien | MK | Sri Lanka | CL |
| Argentinien | RA | Honduras | RHO | Mexiko | MEX | St. Kitts und Nevis | STK |
| Armenien | ARM | Indien | IND | Mikronesien | FM | St. Vincent + die Grenadinen | VV |
| Aserbaidshan | AZ | Indonesien | RI | Moldau, Rep. (Moldawien) | MOL | Sudan | SUD |
| Ascension + St. Helena | SH | Irak | IRQ | Monaco | MC | Südafrika | ZA |
| Australien | AUS | Iran | IR | Mongolei | MON | Suriname | SNE |
| Bahama-Inseln | BS | Irland | IRL | Mosambik | MOZ | Swasiland | SD |
| Bahrain-Inseln | BRN | Island | IS | Myanmar | BUR | Syrien | SYR |
| Bangladesch | BD | Israel | IL | Namibia | SWA | Tadschikistan | TAD |
| Barbados | BDS | Italien | I | Nauru | NAU | Taiwan | RC |
| Belgien | B | Jamaika | JA | Nepal | NEP | Tansania | EAT |
| Belize | BH | Japan | J | Neuseeland | NZ | Thailand | T |
| Benin | DY | Jemen | ADN | Nicaragua | NIC | Tibet | TIB |
| Bhutan | BHU | Jordanien | JOR | Niederl. Antillen (einschl. Curacao) | NA | Togo | TG |
| Bolivien | BOL | Kambodscha | K | Niederlande | NL | Tonga | TON |
| Bosnien-Herzegowina | BIH | Kamerun | CAM | Niger | RN | Trinidad und Tobago | TT |
| Botsuana | RB | Kanada | CDN | Nigeria | WAN | Tschad | TSC |
| Brasilien | BR | Kap Verde | CV | Norwegen | N | Tschechische Republik | CZ |
| Brunei Darussalam | BRU | Kasachstan | KAS | Österreich | A | Türkei | TR |
| Bulgarien | BG | Katar | Q | Oman | OM | Tunesien | TN |
| Burkina Faso | BF | Kenia | EAK | Pakistan | PK | Turkmenistan | TUR |
| Burundi | BU | Kirgisistan | KIR | Palau | PW | Tuvalu | TUV |
| Chile | RCH | Kiribati | KI | Panama | PA | Uganda | EAU |
| China Taiwan (Taiwan, Formosa) | RC | Kolumbien | CO | Papua-Neuguinea | PNG | Ukraine | UA |
| China (Volksrepublik) | TJ | Komoren | KOM | Paraguay | PY | Ungarn | H |
| Costa Rica | CR | Kongo, Republik | CG | Peru | PE | Uruguay | ROU |
| Côte d'Ivoire | CI | Kongo, Dem. Republik | CD | Philippinen | RP | Usbekistan | USB |
| Dänemark | DK | Korea, Dem. Volksrepublik (Nord-) | DVK | Pitcairn-Inseln | PIT | Vanuatu | VAN |
| Deutschland | D | Korea, Dem. Republik (Süd-) | ROK | Polen | PL | Vatikanstadt | V |
| Dominikanische Republik | DOM | Kroatien | HR | Portugal | P | Venezuela | YV |
| Domonica (Westindien) | WD | Kuba | C | Ruanda | RWA | Vereinigte Arabische Emirate | UAE |
| Dschibuti | DS | Kuwait | KWT | Rumänien | RO | Vereinigte Staaten von Amerika | USA |
| Ecuador | EC | Laos | LAO | Russische Föderation | RUS | Vietnam | VN |
| El Salvador | ES | Lesotho | LS | Salomonen | SAL | Weißrussland | BY |
| Eritrea | ERT | Lettland | LV | Sambia | Z | West Samoa | WS |
| Estland | EST | Libanon | RL | Samoa | WS | Zentralafrikanische Republik | RCA |
| Fidschi Fiji | FJI | Liberia | LB | San Marino | RSM | Zypern | CY |
| Finnland | FIN | Libyen | LAR | Sao Tome und Principe | STP | | |
| Frankreich | F | Liechtenstein | FL | Saudi Arabien | SA | Staatenlos | XXX |
| Gabun | G | Litauen | LT | Schweden | S | | |
| Gambia | WAG | Luxemburg | L | Schweiz | CH | | |

- nur vom Prüfungsamt auszufüllen -

Bearbeitungsvermerke:

Antrag vorgeprüft; Meldebelegdaten geprüft

| | |
|----------------------|----------------------|
| Sachbearbeiter | Datum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Die nach § 10 Abs. 4 ÄAppO geforderten Antragsunterlagen sind vollständig; Zulassungsschreiben fertigen

| | |
|----------------------|----------------------|
| Sachbearbeiter | Datum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| | |
|--|--|
| Saal | LPA-Nr. |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Unterlagen vollständig

| | |
|--------------------------|--------------------------|
| Meldung | Wiederh. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Letzte Prüfungsteilnahme bzw. letzte Prüfungsmeldung

| | | |
|---|---|--|
| Termin | LPA | LPA-Nr. |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Zuordnung nach § 14 Abs. 6

| | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Referenzgruppe | <input type="checkbox"/> Restgruppe |
|---|-------------------------------------|

Erster Abschnitt bzw. Ärztliche Vorprüfung bestanden

| | | |
|---|---|--|
| Termin | LPA | LPA-Nr. |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Bemerkungen