



**Ludwigs-Maximilians-Universität München**  
**Prüfungsamt zur Durchführung der Prüfungen**  
**nach der Approbationsordnung für Zahnärzte und**  
**Zahnärztinnen**  
**im Auftrag der Regierung von Oberbayern**  
**Ref. III.6**

**Postanschrift: Geschwister-Scholl-Platz 1, 80539 München**  
**Dienstgebäude: Amalienstr. 52, 80799 München**

Ort, Datum

Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben  
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 **ersten Abschnitt der zahnärztlichen Prüfung / Z1**

im Frühjahr 

2	0		
---	---	--	--

im Herbst 

2	0		
---	---	--	--

geprüft am:

Es fehlt/fehlen:

Matrikelnummer

Familiennamen (Schreibweise lt. Identitätsnachweis bzw. Eheurkunde)

Vorname/n

Namenszusätze (Dr., von, usw.)

Telefon

E-Mail-Adresse

Geburtsname (falls abweichend vom Familiennamen)

Geburtsort (ohne Postleitzahl, Schreibweise lt. Identitätsnachweis)

Geburtsdatum (z.B. 03.05.1964 für 3. Mai 1964)

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

weiblich = 1  
 männlich = 2  
 divers = 3

Nur  
Kürzel

Anzahl der zahnmedizinischen Fachsemester (einschl. ggf. angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 05)

**Anschrift, an welche die Prüfungsmitteilungen versandt werden sollen:**

Straße/Platz Hausnummer

Postleitzahl

Ort

▼ Nur ausfüllen, wenn die Hochschulzugangsberechtigung in der Bundesrepublik Deutschland erworben wurde! ▼

Bundesland der HZB

Jahr des Erwerbs der HZB

Durchschnittsnote

oder

Gesamtpunktzahl lt. Zeugnis

z.B. 2020

z.B. 170 für 1,70

**Hinweis:** Wegen noch laufender Lehrveranstaltungen ausstehende Nachweise sind sofort nach Erhalt, spätestens jedoch bis zum ersten Tag der vorlesungsfreien Zeit des jeweiligen Semesters (Ausschlussfrist) nachzureichen. Wenn Sie einen oder mehrere der vorgeschriebenen Bescheinigungen nicht erhalten, bitten wir Sie, dem Prüfungsamt dies schriftlich mitzuteilen und Ihren Zulassungsantrag zurückzunehmen.

Dem Antrag auf Zulassung zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung sind folgende Unterlagen im Original oder in beglaubigter Kopie beizufügen:

- 1.  **Identitätsnachweis (i. d. R. Personalausweis oder Reisepass)**
- 2.  **der Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung und bei Zeugnissen, die im Ausland erworben worden sind, auch der Anerkennungsbescheid der nach Landesrecht zuständigen Stelle,**
- 3.  **Tagesaktuelle Studienverlaufsbescheinigung LMU (bei Hochschulwechslern: Nachweis der Studienzeiten an der „abgebenden Hochschule“)**
- 4.  **Eheurkunde bzw. Nachweis der Namensänderung.** (nur wenn der jetzt geführte Name von dem in der Geburtsurkunde eingetragenen abweicht)
- 6.  **Sonstiges (Bitte eintragen)**

7. **Nachweise über**

- 7.1  **Gesamtbescheinigung nach Anlage 6 ZApprO oder Bescheinigungen nach Anlage 5 ZApprO:**
- 7.2  **Praktikum der Physik für Studierende der Zahnmedizin**
- 7.3  **Praktikum der Chemie für Studierende der Zahnmedizin**
- 7.4  **Praktikum der Physiologie**
- 7.5  **Praktikum der Biochemie und Molekularbiologie**
- 7.6  **Praktikum der makroskopischen Anatomie**
- 7.7  **Praktikum der mikroskopischen Anatomie**
- 7.8  **Praktikum der Berufsfelderkundung**
- 7.9  **Übung der medizinischen Terminologie**
- 7.10  **Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde**
- 7.11  **Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie**
- 7.12  **Wahlfach:** \_\_\_\_\_  
genauen Namen Eintragen

**Wahlfach Note:** \_\_\_\_\_

- 7.13  **der Nachweis über die Ausbildung in erster Hilfe (darf bei Antragstellung nicht älter als 3 Jahre sein.)**
- 7.14  **das Zeugnis über den Pflegedienst**  
oder Nachweis gem. § 14 Abs. 5 und 6 ZApprO (FSJ/BFD bzw. Berufsausbildung).

8. **Anrechnung von Studienzeiten**

- Angerechnete Studiensemester verwandter Fachrichtungen oder im Ausland betriebener Zahnmedizinischen Studien und Prüfungsbefreiung**  
 eines  zwei  drei  vier

9.  **Im Ausland erbrachte Studienleistungen**

- |          |   |               |             |       |
|----------|---|---------------|-------------|-------|
| Semester | <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> WS | _____ / _____ | Universität | _____ |
| Semester | <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> WS | _____ / _____ | Universität | _____ |
| Semester | <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> WS | _____ / _____ | Universität | _____ |
| Semester | <input type="checkbox"/> SS <input type="checkbox"/> WS | _____ / _____ | Universität | _____ |

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind und ich mich bisher bei keiner anderen Universität oder Hochschule zum Ersten Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung oder einer gleichwertigen Prüfung gemeldet bzw. mich einer solchen Prüfung unterzogen habe. Alle vorgesehenen Vorlesungen sind von mir im Rahmen meines Studiums erbracht worden oder werden bis zum Ablegen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung erbracht werden.

**Sämtliche Anlagen sind in der Reihenfolge des Antrages zu ordnen!**

---

**(Eigenhändige Unterschrift)**

Eingereichte Unterlagen lt. Meldebogenerhalten.

München, den ..... Datum ..... Unterschrift .....

---

**Rechtsgrundlage (für die Datenerhebung)**

Rechtsgrundlage für die Erhebung von personenbezogenen Daten ist Art. 58 Abs. 6 des Bayerischen Hochschulgesetzes (BayHSchG) sowie die Approbationsordnung für Zahnärzte in der jeweils geltenden Fassung. Danach ist jede Studentin bzw. jeder Student zur Angabe der in diesem Antrag auf Zulassung geforderten personenbezogenen Daten, soweit diese nicht als freiwillige Angaben gekennzeichnet sind, verpflichtet. Diese Daten dienen der Ludwig Maximilians Universität zu Verwaltungszwecken im Zusammenhang mit der Prüfung. Die Datenverarbeitung erfolgt unter Berücksichtigung der Bestimmungen des Bayerischen Datenschutzgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.