

M 1

Landesverwaltungsamt Sachsen-Anhalt
Referat 507
Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe
Maxim-Gorki-Straße 7
06114 Halle/Saale

Seite 1 von 4

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass

1. dieser Antrag bis spätestens 10. Januar bzw. 10. Juni für die nachfolgende Prüfung beim Landesprüfungsamt eingegangen sein muss,
2. später eingehende Zulassungsanträge nur bis zu einer absoluten Ausschlussfrist von spätestens 4 Wochen vor dem Prüfungstermin berücksichtigt werden können, und zwar nur dann, wenn
 - a) ein wichtiger Grund für das Fristversäumnis glaubhaft gemacht wird und
 - b) der Stand des Prüfungsverfahrens eine Teilnahme des Prüfungsbewerbers noch zulässt,
3. Leistungsscheine, die erst im laufenden Semester erteilt werden und deshalb bis 10. Januar bzw. 10. Juni noch nicht eingereicht werden können, nur innerhalb der vom Landesprüfungsamt durch Aushang bekanntgegebenen Frist nachgereicht werden können.

Achtung, Aushang im Dekanat oder Landesprüfungsamt beachten!

Mit nachstehender Unterschrift versichere ich gleichzeitig, dass ich bisher

- a) ☐ an keiner Ärztlichen Vorprüfung/an keinem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung oder*)
- b) ☐ ohne Erfolg an einer Ärztlichen Vorprüfung/einem Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung*)

am	vor dem LPA
----	-------------

teilgenommen habe,

- c) damit einverstanden bin, dass die für die Zulassung zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung notwendigen Ergebnisse über die erfolgreiche Teilnahme an den Lehrveranstaltungen durch das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät an das Landesverwaltungsamt/Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Halle in elektronischer und verschlüsselter Form übertragen werden und
- d) damit einverstanden bin, dass die Prüfungsergebnisse des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung durch das Landesverwaltungsamt/Landesprüfungsamt für Gesundheitsberufe Halle an das Studiendekanat der Medizinischen Fakultät in elektronischer und verschlüsselter Form übertragen werden.

Die vorstehenden Angaben sowie die Angaben im Meldebeleg habe ich, unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben, wahrheitsgemäß und vollständig gemacht.

☐ Die in der Anlage aufgeführten Unterlagen füge ich diesem Antrag bei. *)

☐ Da ich zur beantragten Prüfung vom LPA SAN bereits am _____ zugelassen war, reiche ich keine weiteren Unterlagen ein. *)

Ort, Datum
eigenhändige Unterschrift

*) ausfüllen bzw. auswählen

Anlage

Diesem Antrag füge ich folgende Unterlagen bei (für ausländische Urkunden zusätzlich die beglaubigten Übersetzungen vom zugelassenen Dolmetscher):	Bestätigung durch LPA/ Eingangsdatum bei Nachreichung
<input type="checkbox"/> Meldebeleg für den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung	
<input type="checkbox"/> Geburtsurkunde als beglaubigte Abschrift vom Standesbeamten	
<input type="checkbox"/> Heiratsurkunde oder einen Auszug aus dem für die Ehe geführten Familienbuch (nur bei verheirateten Antragstellern mit vom Geburtsnamen abweichenden Familiennamen) als beglaubigte Abschrift vom Standesbeamten	
<input type="checkbox"/> der Nachweis der Hochschulzugangsberechtigung, bei Zeugnissen, die im Ausland erworben worden sind, auch der Anerkennungsbescheid der nach Landesrecht zuständigen Stelle (amtlich beglaubigte Kopie)	
<input type="checkbox"/> Studienbuch und an seine Stelle tretende Unterlagen als Nachweis über das <u>bisherige</u> Studium der Medizin (Studienzeit- bzw. Studienverlaufsbescheinigung)	
<input type="checkbox"/> ggf. Bescheid(e) über die Anrechnung von Studienzeiten und Anerkennung von Praktika aus einem verwandten Studium oder einem Studium im Ausland (amtlich beglaubigte Kopie)	
<input type="checkbox"/> Nachweis über die Ausbildung in Erster Hilfe - 9 UE (amtlich beglaubigte Kopie)	
<input type="checkbox"/> Nachweis über die Ableistung des 3-monatigen Krankenpflegedienstes (amtlich beglaubigte Kopie) <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> vom _____ bis _____ = _____ Tage </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> vom _____ bis _____ = _____ Tage </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> vom _____ bis _____ = _____ Tage </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; width: 100%;"> Gesamt </div> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; width: 100%; margin-top: 5px;"> _____ </div>	

Sofern die Einwilligung zur Datenübermittlung verweigert wird: Bescheinigungen über die Teilnahme an folgenden praktischen Übungen im Original (bitte bei eigenem Bedarf vor Abgabe kopieren)

<input type="checkbox"/> 1) Praktikum der Physik für Mediziner	
<input type="checkbox"/> 2) Praktikum der Chemie für Mediziner	
<input type="checkbox"/> 3) Praktikum der Biologie für Mediziner	
<input type="checkbox"/> 4) Praktikum der Physiologie	
<input type="checkbox"/> 5) Praktikum der Biochemie/ Molekularbiologie	
<input type="checkbox"/> 6) Kursus der makroskopischen Anatomie	
<input type="checkbox"/> 7) Kursus der mikroskopischen Anatomie	
<input type="checkbox"/> 8) Kursus der Med. Psychologie und Med. Soziologie	
<input type="checkbox"/> 9) Seminar Physiologie	
<input type="checkbox"/> 10) Seminar Biochemie/Molekularbiologie	
<input type="checkbox"/> 11) Seminar Anatomie	
<input type="checkbox"/> 12) Seminar der Med. Psychologie und Med. Soziologie	
<input type="checkbox"/> 13) Praktikum zur Einführung in die Klinische Medizin	
<input type="checkbox"/> 14) Praktikum der Berufsfelderkundung	
<input type="checkbox"/> 15) Praktikum der med. Terminologie	
<input type="checkbox"/> 16) Wahlfach:	