

# Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

## Anlage: 1 Meldebeleg

Thüringer Landesverwaltungsamt  
Referat 321 / Landesprüfungsamt  
für akademische Heilberufe

Jorge-Semprún-Platz 4  
99423 Weimar

Matrikel-Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Familiennamen, ggf. Geburtsnamen

\_\_\_\_\_  
alle Vornamen lt. Geburtsurkunde

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum / Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Anschrift, an die die Zulassung, Ladung und  
Ergebnismitteilung zu senden sind. **Diese Angaben  
müssen mit denen laut Meldebeleg identisch sein!**

\_\_\_\_\_  
Straße + Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ + Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse,  
unter der Sie im Bedarfsfall erreichbar sind

# M 2

☎ 0361 57 332 1338 Regina Schmidt

### Nur vom Landesprüfungsamt auszufüllen!

Antrag geprüft: \_\_\_\_\_  
Datum/Handzeichen

Antrag vollständig: ja / nein

Folgende Unterlagen  
fehlen: - Leistungsnachweis (**Original**)  
- ausgefüllter Meldebeleg Bl. 2

Unterlagen  
vervollständigt: \_\_\_\_\_

Vervollständigung: \_\_\_\_\_  
Datum/Handzeichen

Zulassungsvermerk: \_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung im

**Frühjahr 20** \_\_\_\_ / **Herbst 20** \_\_\_\_ nach § 10 der Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO).

Mir ist bekannt, dass **zusätzlich ein Meldebeleg** Bestandteil dieses Antrages ist und der Zulassungsantrag nur in Verbindung mit dem ausgefüllten Meldebeleg als gestellt gilt. Der Meldebeleg wird Ihnen zur Verfügung gestellt unter:

Thüringer Landesverwaltung → Soziales und Versorgung → Gesundheitswesen → Akademische Heilberufe → Studium der Medizin

**Antrag und Meldebeleg sind online auszufüllen und auf A4 doppelseitig auszudrucken.**  
**Der Antrag ist zudem eigenhändig unterschrieben einzureichen.**

Das **Wahlfach-Zertifikat** wird **nicht benötigt**,  
da es im Leistungsnachweis enthalten ist.

Diesem Antrag füge ich folgende **Originalunterlagen** bei (bei Nr. 1 - 3 können auch standesamtlich, bei Nr. 5 und 6 beglaubigte Abschriften vorgelegt werden. Keine Anerkennung einer Beglaubigung von Kirche oder Krankenkasse. Bei **ausländischen Urkunden sind jeweils zusätzlich Übersetzungen durch einen in Deutschland zugelassenen und vereidigten Übersetzer vorzulegen**):

→ **Hinweis zu Nr. 1 - 3 und 5 - 6: Wenn die Ausbildung oder Anerkennung/Anrechnung in Thüringen erfolgt ist, reicht die Einreichung einer einfachen Kopie aus.**

1. **Geburtsurkunde** mit einfacher Kopie;
2. **Heiratsurkunde** mit einfacher Kopie,
3. sonstige **Namensänderungsurkunden** mit einfacher Kopie,
4. Nachweis über ein **mindestens fünfjähriges Studium der Medizin** (in der Regel ein Stammdatenblatt bzw. eine Studienbescheinigung je Semester)  
Studiengang (**nur medizinische Fachsemester ohne angerechnete Studiensemester und ohne Urlaubssemester**):

| Nur<br>Fachsemester (FS): | Hochschule | Nur<br>Fachsemester (FS): | Hochschule |
|---------------------------|------------|---------------------------|------------|
| 1. FS WS/SS 20            | _____      | 11. FS WS/SS 20           | _____      |
| 2. FS WS/SS 20            | _____      | 12. FS WS/SS 20           | _____      |
| 3. FS WS/SS 20            | _____      | 13. FS WS/SS 20           | _____      |
| 4. FS WS/SS 20            | _____      | 14. FS WS/SS 20           | _____      |
| 5. FS WS/SS 20            | _____      | 15. FS WS/SS 20           | _____      |
| 6. FS WS/SS 20            | _____      | 16. FS WS/SS 20           | _____      |
| 7. FS WS/SS 20            | _____      | 17. FS WS/SS 20           | _____      |
| 8. FS WS/SS 20            | _____      | 18. FS WS/SS 20           | _____      |
| 9. FS WS/SS 20            | _____      | 19. FS WS/SS 20           | _____      |
| 10. FS WS/SS 20           | _____      | 20. FS WS/SS 20           | _____      |

**Urlaubssemester (Mit Nachweis! Bitte Urlaubsschein beifügen!)**

Urlaubssemester: \_\_\_\_\_  
Anzahl

WS/SS: \_\_\_\_\_ WS/SS: \_\_\_\_\_ WS/SS: \_\_\_\_\_ WS/SS: \_\_\_\_\_  
Grund: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

5. Nachweis nach § 12 ÄApprO über die **Anrechnung von** \_\_\_\_\_ Semestern oder **Anerkennung des Ersten Abschnitts** der Ärztlichen Prüfung mit **Bescheid** des LPA  
\_\_\_\_\_ ausgestellt am: \_\_\_\_\_  
mit einfacher Kopie (Kein Transcript of Records!)

6. **Zeugnis** über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung vom: \_\_\_\_\_  
Bundesland: \_\_\_\_\_ LPA-Nr: \_\_\_\_\_ (unten links auf M1-Zeugnis.)

**3 Jahre Medizinstudium nach Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wurde absolviert:**

ja                      nein

7. **Leistungsnachweis**, ist Voraussetzung für die Ableistung des Praktischen Jahres gem. § 3 ÄApprO.  
Bitte den online ausgefüllten Ausdruck des IMPP-Meldebeleges mit dem **Original-Leistungsnachweis** innerhalb der Nachreichfrist dem LPA zusenden.  
Der IMPP-Meldebeleg Blatt 2 ist auf folgender Seite zu finden:  
<https://landesverwaltungsamt.thueringen.de/soziales/gesundheitswesen/heilberufe/medizin>

**8. Die Famulaturen gemäß § 7 ÄAppO wurden wie folgt abgeleistet:**

(Famulaturzeugnisse bitte im Original beifügen!)

**1. Famulatur**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

(bitte mit Ortsangabe)

in: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Tätigkeit auf dem Gebiet der ....)

**2. Famulatur**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

(bitte mit Ortsangabe)

in: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Tätigkeit auf dem Gebiet der ....)

**3. Famulatur**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

(bitte mit Ortsangabe)

in: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Tätigkeit auf dem Gebiet der ....)

**4. Famulatur**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

(bitte mit Ortsangabe)

in: \_\_\_\_\_ vom: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

(Tätigkeit auf dem Gebiet der ....)

**Mir ist bekannt, dass ich die Unterlagen der Punkte 1-6 und 8 bis zum Anmeldetermin (10.01. bzw. 10.06.) vorzulegen habe. Der Leistungsnachweis und der, von mir ausgefüllte, Meldebeleg Blatt 2 werden dem LPA im Original innerhalb der Nachreichfrist postalisch zugestellt. Das Merkblatt für den Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (M 2) habe ich gelesen und die Hinweise zur Kenntnis genommen.**

Mit nachstehender Unterschrift versichere ich gleichzeitig, dass ich bisher nicht am Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung ohne Erfolg teilgenommen habe.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine LPA-Nr. in der Ladung zu dieser Prüfung veröffentlicht werden.

Die vorstehenden Angaben habe ich, unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben, wahrheitsgetreu und vollständig gemacht.

Die Zustellung der Zulassung und Ladung (§ 17 ÄApprO) zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung kann nur **unter der von mir im Antragsformular angegebenen Anschrift** erfolgen.

Ich bin darüber informiert worden, dass eventuelle **Adressänderungen nur bis zum 10.01. bzw. 10.06.** eines jeden Jahres berücksichtigt werden und werde daher selbst alles Erforderliche veranlassen, damit die an mich gerichtete Post mir auch zugeht, z. B. durch **Erteilen eines Nachsendeauftrages oder durch Bevollmächtigung Dritter** (Die Vollmacht erhält der Bevollmächtigte.).

Die Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorliegen. Rechtsgrundlage ist § 10 Abs. 4 ÄApprO.

Die **praktischen Hinweise des IMPP** zu dieser Prüfung habe ich zur Kenntnis genommen.  
www.impp.de <<http://www.impp.de>> Prüfungen Allgemein Praktische Hinweise oder  
Link: <https://www.impp.de/pruefungen/medizin.html> Praktische Hinweise

**Das Benutzen von Hilfsmitteln und technischen Geräten (z. B. Handys, Smartphones; Taschenrechner, auch in Uhren; programmierbare Handheld-Geräte) ist generell unzulässig! Bereits das Mitführen am Körper während der Prüfung kann als Täuschungsversuch gewertet werden.**

**Hinweis nach Art. 6, 9 DSGVO und §§ 16 f. Thüringer Datenschutzgesetz:**

Die Daten sind erforderlich, um zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung vorliegen. Rechtsgrundlage ist § 10 Abs. 4 ÄApprO.

Weitere Infos zum Umgang mit Ihren Daten im TLVwA finden Sie unter dem Link:

[www.landesverwaltungsamt.thueringen.de/datenschutz/](http://www.landesverwaltungsamt.thueringen.de/datenschutz/).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass der Universität die Teilnahme und das Ergebnis (Bestehen / Nichtbestehen / Rücktritte) meines Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung mitgeteilt wird, damit diese den weiteren Studienablauf planen kann.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Eigenhändige Unterschrift