Antrag auf Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

ZP

Ausschuss für
zahnärztliche Prüfung an der
Charité-Universitätsmedizin Berlin
c/o Landesamt für Gesundheit und Soziales
IV A 313
Postfach 31 09 29
10639 Berlin

Ich bitte mich zur Ablegung der zahnärztlichen Prüfung vor dem Prüfungsausschuss

in Berlin im ☐ 1. Halbjahr 20 ☐ 2. Halbjahr 20 zuzulassen.

Matrikel-Nr.

Familienname (Schreibweise lt. Geburtsurkunde oder Namenänderungsurkunde)

Namenszusatz (Dr., van etc.)

Geburtsname (nur falls abweichend vom Familiennamen)

Vornamen (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Geburtsdatum

Geschlecht (weiblich/männlich)

Staatsangehörigkeit

Geburtsort (nur Ort, ohne Länderangabe, Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Anschrift, an welche die Zulassung und die Prüfungsmitteilungen/-ergebnisse versandt werden sollen:

Straße/Platz Nr.

ggf. Adresszusatz

Postleitzahl

Ort

Telefon

E -Mail

Semester der Erstimmatrikulation im Studienfach ZAHNMEDIZIN im Inland (z.B. WS 2016/17)

Anzahl der Fachsemester einschließlich angerechneter Semester, aber ohne Urlaubssemester

Angerechnete Studienzeiten (Fachsemester)

Anzahl der Urlaubssemester

Ich erkläre wahrheitsgemäß, dass ich nach vollständig bestandener zahnärztlicher Vorprüfung während des Studiums der Zahnmedizin

- je eine Vorlesung über
  - **Einführung in die Zahnerhaltungskunde**
  - **allgemeine Pathologie**
  - **spezielle Pathologie**
  - **allgemeine Chirurgie**
  - **Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten**
  - **Hygiene einschließlich Gesundheitsfürsorge**
  - **medizinische Mikrobiologie mit praktischen Übungen**
  - **Einführung in die Kieferorthopädie**
  - **Berufskunde**
  - **Geschichte der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde**
- je zwei Vorlesungen über
  - **Pharmakologie** (einschließlich Rezeptierkursus)
  - **Innere Medizin**
  - **Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten**
  - **Zahn-, Mund- und Kieferchirurgie**
  - **Zahnerhaltungskunde**, umfassend Primärprophylaxe, Kariologie, Endodontologie, Parodontologie und Kinderzahnheilkunde
  - **Zahnersatzkunde**
  - **Kieferorthopädie**

gehört habe (§ 36 Abs. 1 Bst. a) ZÄPrO).

Folgende Unterlagen (im Original oder als amtlich beglaubigte Fotokopie sowie für fremdsprachige Urkunden jeweils zusätzlich offizielle deutsche Übersetzungen) sind beigefügt:

01 **Lebenslauf** (tabellarischer Bildungsgang)

02 **Geburtsurkunde** und alle Urkunden, die eine spätere **Namensänderung** ausweisen, sowie eine (einfache) Kopie hiervon

03 **Zeugnis der allgemeinen Hochschulreife mit Lateinnachweis**

04 **Zeugnis über die bestandene naturwissenschaftliche Vorprüfung**

05 **Zeugnis über die bestandene zahnärztliche Vorprüfung**

06 **Studienbuch** (bis zur Meldung zur zahnärztlichen Prüfung mindestens 10 Semester, davon mindestens 5 Semester nach vollständig bestandener zahnärztlicher Vorprüfung)

07 **gegebenenfalls Nachweis** über **angerechnete Studienzeiten und** –**leistungen** eines verwandten Studiums oder eines im Ausland betriebenen Zahnmedizinstudiums

08 **Bescheinigungen über die Teilnahme an den nach § 36 Abs. 1 Bst. b) und c) ZÄPrO vorgeschriebenen praktischen Übungen (nur im Original):**

- Pathohistologischer Kursus (Spezielle Pathologie)
- Kursus der klinisch-chemischen u. –physikalischen Untersuchungsmethoden
- Radiologischer Kursus mit besonderer Berücksichtigung des Strahlenschutzes
- Phantomkursus der Zahnerhaltungskunde
- Kursus der kieferorthopädischen Technik
- Operationskursus I
- Operationskursus II
- Kursus der kieferorthopädischen Behandlung I
- Kursus der kieferorthopädischen Behandlung II
- Klinik u. Poliklinik für Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten I
- chirurgische Poliklinik (Allgemeine Chirurgie)
- Praktikum der Dermatologie
- Kursus u. d. Poliklinik der Zahnerhaltungskunde I
- Kursus u. d. Poliklinik der Zahnerhaltungskunde II
- Kursus u. d. Poliklinik der Zahnersatzkunde I
- Kursus u. d. Poliklinik der Zahnersatzkunde II
- Klinik u. Poliklinik d. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten II
- Klinik u. Poliklinik d. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten III
- Klinik u. Poliklinik d. Zahn-, Mund- u. Kieferkrankheiten IV

Die (beigefügten) Unterlagen habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass

- ich bisher von keinem anderen Prüfungsausschuss zur zahnärztlichen Prüfung zugelassen worden bin und mich der zahnärztlichen Prüfung noch nicht - auch nicht in einzelnen Fächern - unterzogen habe;
- gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltliches Ermittlungsverfahren anhängig war oder ist.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass

- ich verpflichtet bin, **sofort dem Prüfungsausschuss Mitteilung zu machen**, wenn ich mich wegen Erkrankung oder aus anderen Gründen nicht prüfungsfähig fühle. Die Mitteilung kann per E-Mail, als Fax oder telefonisch erfolgen. Erkrankungen müssen **unverzüglich** mit einer ärztlichen Bescheinigung, die auf einer Untersuchung beruhen muss, die spätestens am Tag der versäumten Prüfung erfolgt ist, nachgewiesen werden. Die ärztliche Bescheinigung muss nachvollziehbare Aussagen zu den diagnostischen Verfahren, den erhobenen Befunden, der Diagnose und den Auswirkungen der Erkrankung auf die Leistungsfähigkeit am Prüfungstag enthalten. Eine nach Beendigung der Prüfung geltend gemachte Erkrankung kann, auch wenn sie durch eine ärztliche Bescheinigung belegt ist, keinen Einfluss mehr auf das Prüfungsergebnis haben.

- für die gesamte Prüfungsdauer einschließlich etwaiger Wiederholungsprüfungen ein Zeitraum von sechs Monaten nach ihrem Beginn vorgeschrieben ist. Ist die zahnärztliche Prüfung in diesem Zeitraum nicht vollständig bestanden, so gilt sie in allen Fächern als nicht bestanden und darf nicht wiederholt werden.

  Ist aus prüfungsorganisatorischen Gründen ein Abschluss innerhalb der Frist nicht möglich, erfolgt eine Verlängerung der Frist von Amts wegen (gebührenfrei). Ansonsten muss ich einen schriftlichen Antrag auf Fristverlängerung stellen (dieser Antrag ist gebührenpflichtig).

Ich bezahle die **Bearbeitungsgebühr**

durch Überweisung

durch Lastschrifteinzug
Ich ermächtige hiermit das LAGeSo, diese Gebühr von meinem nachstehend genannten Konto abzubuchen

Name des Kreditinstituts

_____

IBAN

_____

BIC

_____

Name des Kontoinhabers

_____

.....

Unterschrift des Kontoinhabers

Ich versichere, die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß gemacht zu haben und bin mir bewusst, dass wahrheitswidrige Angaben die Zurücknahme der Zulassung und ggf. die Annullierung der bestandenen zahnärztlichen Prüfung zur Folge haben.

Ich bestätige die Kenntnisnahme der folgenden Datenschutzerklärung:

Datenschutzerklärung

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrages benötigt. Die Daten werden elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Das Landesprüfungsamt Berlin im Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin/LAGeSo nutzt zur Unterstützung der Prüfungsabläufe in den medizinischen Heilberufen das Softwaresystem SUPRA der Firma GAI NOVACON GmbH Berlin. Außerdem findet bei allen Prüfungen ein Austausch mit den jeweiligen Universitäten und Ausbildungsstätten und bei den Prüfungen, die zentral über das Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) in Mainz durchgeführt werden, ein Datenaustausch mit diesem Institut statt. Als zentrale Einrichtung der Länder unterstützt das IMPP die Landesprüfungsämter bei der Durchführung der bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen nach den Approbationsordnungen für Ärzte und Apotheker sowie nach dem Psychotherapeutengesetz. Es erstellt die Prüfungsaufgaben mit den dazugehörigen Antwortmöglichkeiten und ist für die technische Auswertung und Ermittlung der Prüfungsergebnisse zuständig. Die Ergebnisse der Prüfungen werden über eine zugangsbeschränkte und SSL-verschlüsselte Datenverbindung in das SUPRA-Fachverfahren eingespielt. Auf die Ausführungen zum Datenschutz auf der Website des IMPP und den Websites der Universitäten und Ausbildungsstätten wird verwiesen.

Die Datenschutzerklärung des Referates IV A (Berufe im Gesundheitswesen/Landesprüfungsamt) des LAGeSo beruht auf den Begrifflichkeiten, die durch den Europäischen Richtlinien- und Verordnungsgeber beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung verwendet wurden.

1. Name und Kontaktdaten des Verantwortlichen
Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
Referat IV A
Anschrift: Turmstraße 21, 10559 Berlin

2. Name und Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten
ZSL DSB
Tel.: 030-90229-1209
Mail: Datenschutz@lageso.berlin.de

3. Rechte der betroffenen Person (Auskunft, Berichtigung, Löschung)
Jede von der Verarbeitung personenbezogener Daten betroffene Person hat nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte:

- Das Recht auf Auskunft über die zu ihrer Person verarbeiteten Daten.
- Das Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Löschung nicht (mehr) benötigter Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung der Daten zu ihrer Person.
- Das Recht auf jederzeitigen Widerspruch gegen die Datenverarbeitung.
- Das Recht auf Ausschluss einer ausschließlich automatisierten Entscheidung.
- Das Recht, jederzeit die Behörde der/des Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit anzurufen.

4. Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Die Zuständigkeit des LAGeSo/Landesprüfungsamt für die Durchführung der Staatsprüfungen und die Erteilung der Approbation ergibt sich aus § 2 Abs. 1 i.V.m. Anlage 2 und 3 Nr. 5 und 6 des Gesetzes über die Errichtung eines Landesamtes für Gesundheit und Soziales Berlin und eines Landesamtes für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin (LAmtErG) in der jeweils gültigen Fassung.

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten erfolgt auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 Buchst. e DSGVO (die Verarbeitung ist für die Wahrnehmung einer Aufgabe erforderlich, die im öffentlichen Interesse liegt oder in Ausübung öffentlicher Gewalt erfolgt, die dem Verantwortlichen übertragen wurde) i.V.m. dem Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Der Zeitpunkt der Löschung der elektronischen Daten bzw. der Vernichtung der Akten orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In Angelegenheiten der akademischen und nichtakademischen Staatsprüfungen beträgt die Aufbewahrungszeit 50 Jahre.

Ort, Datum

_____

.....

(eigenhändige) Unterschrift