

ANRECHNUNG

Ansprechpartnerin:

Ute Klüssendorf/ G 1139 , Zimmer 0.03
Telefon: (040) 428 37 - 3912
E-Fax: (040) 427948285
E-Mail: ute.kluessendorf@soziales.hamburg.de

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 1139
Postfach 760 106, 22051 Hamburg

Antrag auf Anerkennung verwandter Studienleistungen

gem. § 12 Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)
gem. § 19 Approbationsordnung für Zahnärzte (ZAppO)

Bitte vollständig und ggf. in Blockschrift ausfüllen!

Name:	
Vorname/n:	
Anschrift:	
E-Mail:	
Telefonnummer:	
Matrikelnummer:	

Ich beantrage die Anerkennung meiner Studien- bzw. Prüfungsleistungen im Rahmen meines Studiums der _____ an der Universität _____ auf das Studium der _____

Verwandte Studienleistung	Anzurechnende Studienleistung

Gleichzeitig beantrage ich die Anrechnung von _____ Fachsemestern.

- Ich versichere hiermit wahrheitsgemäß vor meinem Studium der: _____ noch kein Studium der Human- bzw. Zahnmedizin betrieben zu haben
- bereits in Deutschland _____ studiert und dabei an folgenden Ärztlichen Prüfungen _____ teilgenommen zu haben

Die Anrechnung von ausländischen Studienleistungen gemäß § 12 der Approbationsordnung für Ärzte ist gemäß der Tarifnr. 1.1.9.1 der Anlage zur Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen mit derzeit € 27,00,- bis 110,- Euro gebührenpflichtig und wird per Gebührenbescheid erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift