

# ANTRAG 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 , D-22051 Hamburg

## Antrag auf Anerkennung ausländischer Studienleistungen

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

Bitte vollständig und ggf. in Blockschrift ausfüllen!

<b>Name:</b>	
<b>Vorname/n:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>Matrikelnummer:</b>	

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

Im Ausland erworbene 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 Human- bzw. Zahnmedizin studiert und dabei an folgenden Ärztli-  
chen 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