

ZULASSUNGSANTRAG P2

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie, Integration

P2

Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Ansprechpartnerin:
Frau Blumhagen
Telefon: +49 40 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Antrag auf Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung im Sommer/ Winter 20__

Ich beantrage hiermit die Zulassung zur o.g. Prüfung unter Vorlage der nachfolgend aufgeführten Unterlagen gemäß § 6 Abs. 3 der Approbationsordnung für Apotheker (AAppO).

Erstanmeldung

Wiederholte Anmeldung

Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau O	Herr O
Name		
Vorname/n (laut Geburtsurkunde)		
Geburtsdatum / -ort		
Geburtsname (falls abweichend)		
Staatsangehörigkeit (s. Download Schlüsselliste 1)		
Telefon-Nr. / E-Mail		
<u>Meldeanschrift*</u> Straße / Hausnummer PLZ + Ort		

*an diese Anschrift werden alle Prüfungsmitteilungen versandt.

Nur ausfüllen, wenn die Hochschulzugangsberechtigung (HZB) in der Bundesrepublik Deutschland erworben wurde:

Art der HZB (Download Schlüsselliste 2):	
Bundesland der HZB:	
Jahr des Erwerbs der HZB:	
Durchschnittsnote:	

Beginn des Studiums (Erstimmatrikulation): WS/SS ____/____ (z.B. WS 04/05; SS04)

Matrikelnummer: _____

BAföG-Förderungsnummer (sofern vorhanden): 901-_____

ZULASSUNGSANTRAG P2

Voraussetzungen für die Anmeldung sind, dass Sie bei der Antragsstellung die im Antrag unter Ziffer 1 bis 3 aufgeführten Nachweise vollständig vorlegen können und das Nachreichen aller Leistungsnachweise (Scheine) bis zum **unter <http://www.hamburg.de/landespruefungsamt/> genannten Datum** sicherstellen können.

Der Zulassungsantrag muss in der vom Landesprüfungsamt vorgeschriebenen Form mit allen Unterlagen (Pkt. 1 bis 3 des Antrages) dem Landesprüfungsamt gem. § 6 Abs. 2 AAppO bis spätestens

10. Januar/10. Juni

zugegangen sein.

Die fehlenden Leistungsnachweise (Scheine) zu Pkt. 4 des Antrages werde ich bis spätestens bis zum **unter <http://www.hamburg.de/landespruefungsamt/> genannten Datum** nachreichen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Landesprüfungsamt für Heilberufe Hamburg für den Fall, dass ich die Prüfung bestehe, meine Noten der schriftlichen Prüfungen sowie die Gesamtnote auf Anfrage an die Universität Hamburg, Institut für Pharmazie, übermittelt. Die Universität Hamburg beschränkt die Nutzung dieser Daten auf die Qualitätskontrolle der Lehrveranstaltungen und auf die Erstellung einer Rangfolgeliste für eventuelle Befreiungen von Studiengebühren. Die Universität Hamburg löscht die Daten spätestens 3 Jahre nach der Übermittlung.

Mir ist bewusst, dass die Approbationsordnung eine solche Datenübermittlung nicht vorsieht und ich die Einwilligung freiwillig erteile. Eine Ablehnung der Einwilligung hat keinerlei Nachteile für meine weitere Ausbildung.

Bitte ankreuzen! Ich bin damit einverstanden: ja nein

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum Unterschrift

Die vorstehenden Angaben habe ich unter Beachtung der Folgen vorsätzlich falscher Angaben wahrheitsgemäß und vollständig gemacht. Die Zustellung der Zulassung zum Zweiten Abschnitt der Pharmazeutischen Prüfung kann unter der o.g. Anschrift erfolgen. Ich bin darüber informiert, dass ich umgehend den **Empfang der Zulassung zur o.g. Prüfung per E-Mail zu bestätigen** habe.

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum Unterschrift

Ich habe das Dokument „Hinweise zum Rücktritt von einer Prüfung einschl. Versäumnisfolgen“ unter www.hamburg.de/landespruefungsamt/pharmazie > Downloadbereich zur Kenntnis genommen.

⇒ _____ ⇐

Ort, Datum, Unterschrift

ZULASSUNGSANTRAG P2

Folgende Unterlagen (Punkt 1 bis 4) nach § 6 Abs. 3 AAppO sind im Original oder in amtlich beglaubigten Ablichtungen vorzulegen; ausländische Bescheinigungen sind mit Übersetzungen vorzulegen. Ebenso sind Kopien aller Dokumente für den Verbleib im LPA beizufügen.

NUR VOM LPA AUSZUFÜLLEN

1. **Geburtsurkunde** (nur bei Antragstellern, die P1 nicht in Hamburg abgelegt haben)
2. **Zeugnis** über das Bestehen des Ersten Abschnittes der Pharmazeutischen Prüfung am _____ in _____ LPA-Nr. _____
(nur bei Antragstellern, die P1 nicht in Hamburg abgelegt haben)
3. **Aktuelle Semesterbescheinigung** bzw. Anerkennungsbescheid
4. die **Bescheinigungen** über die erfolgreiche Teilnahme an den nachfolgend aufgeführten Unterrichtsveranstaltungen:

E1	Biochemische Untersuchungsmethoden einschl. klinischer Chemie
F1	Biopharmazie einschl. arzneiformenbezogene Pharmakokinetik
F2	Pharmazeutische Technologie einschl. Medizinprodukte und Qualitätssicherung bei der Herstellung und Prüfung von Arzneimitteln
G1	Pharmazeutische Biologie III (Biologische und phytochemische Untersuchungen)
G2	Biogene Arzneimittel (Phytopharmaka, Antibiotika, gentechnisch hergestellte Arzneimittel)
H1	Arzneistoffanalytik unter besonderer Berücksichtigung der Arzneibücher (Qualitätskontrolle und -sicherung bei Arzneistoffen) und der entsprechenden Normen für Medizinprodukte
H2	Arzneimittelanalytik, Drug-Monitoring, toxikologische und umweltrelevante Untersuchungen
I1	Pharmakologisch-toxikologischer Demonstrationskurs und Übungen in Pharmakotherapie
I2	Klinische Pharmazie
I3	Pharmakoepidemiologie und Pharmakoökonomie
K1	Wahlpflichtfach