

Das Formular ist am Computer auszufüllen und muss händisch unterschrieben werden!!!

### 1. Persönliche Angaben

Familienname, ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Heimatanschrift: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zur Promotion berechtigendes, vorangegangenes Studium

Fachrichtung: Zutreffendes ankreuzen!

Humanmedizin

oder Zahnmedizin

Datum Ärztliche / Zahnärztliche Prüfung: \_\_\_\_\_ Semesterzahl: \_\_\_\_\_ Gesamtnote: \_\_\_\_\_

Hochschule / Uni: \_\_\_\_\_ Matrikelnummer: \_\_\_\_\_

### 3. Angaben zu früheren Studienzeiten im In- oder Ausland - Auch nicht abgeschlossenes Studium

Anderes Studium als bei „2.“ angegebenes Studium vorhanden: Ja  Nein  Wenn „Ja“, dann nachfolgend ausfüllen, sonst weiter mit „4. HZB“!

Name der Hochschule der Erstimmatrikulation: \_\_\_\_\_

Land der Hochschule der Erstimmatrikulation: \_\_\_\_\_

Monat / Jahr der erstmaligen Immatrikulation: \_\_\_\_\_

### 4. Hochschulzugangsberechtigung (HZB)

Art der HZB:      Abitur      Fachgebundene HS-Reife      Beruflicher HZB      Außerhalb Deutschland

Datum der HZB: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Land: \_\_\_\_\_

Bitte die Rückseite berücksichtigen!



