

Bitte Wahlfach hier eintragen:

M3 HAN

→ _____

**Niedersächsischer Zweckverband
zur Approbationserteilung (NiZzA)
(Landesprüfungsamt)
Nobelring 4
30627 Hannover**

**Bitte deutlich lesbar in Druckbuchstaben
ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen (x)**

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte rechtzeitig an
das Landesprüfungsamt:

Tel.: (0511) 8972 92-45 oder -47

Besucheranschrift: Nobelring 4, 30627 Hannover
(Persönliche Abgabe nur während der Sprechzeiten
möglich)

Hiermit beantrage ich die Zulassung zum **Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung**
zum Abschluss des

Wintersemesters 20/20

Meldeschluss 10. Januar

Prüfungszeitraum

Mai bis Juni

Sommersemesters 20

Meldeschluss 10. Juni

November bis
Dezember

Ich bin im Studienfach Humanmedizin an der Medizinischen Hochschule Hannover eingeschrieben:

Matrikel- Nr.:

Gesch.-Zeichen (LPA)
(falls vorhanden)

Familienname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Heiratsurkunde,)

Geburtsname

Namenszusätze (Dr., von, de, van usw.)

Vorname (Schreibweise lt. Geburts- bzw. Abstammungsurkunde)

Geburtsdatum

..

(TT.MM.JJJJ)

Geschlecht

weibl. = 1
männl. = 2

Staatsangehörigkeit

(gemäß Schlüsselliste 1)

Geburtsort (Schreibweise gemäß Geburtsurkunde bzw. Abstammungsurkunde)

/

z.B. SS 11 oder WS 11/12

Semester der Erstmatrikulation im Studienfach Humanmedizin

Anzahl der Fachsemester einschl. ggf. angerechneter
Semester, aber ohne Urlaubssemester, z.B. 12

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

Straße, Hausnummer

Telefon (für Rückfragen des LPA)

Postleitzahl

Ort

E-Mail (für Rückfragen des LPA)

Auf Medizin angerechnete Studiensemester aus einem anderen Studium (sofern zutreffend):

eines zwei drei vier mehr als vier

angerechnet durch (Behörde): _____

Schreiben vom (Datum und Geschäftszeichen): _____

Ich habe den

Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung/die Äquivalenz zum Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

bestanden am _____ Prüfungsort: _____

Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

bestanden am _____ Prüfungsort: _____

Ich habe am **Dritten Abschnitt** der Ärztlichen Prüfung (unbedingt ankreuzen):

bisher nicht teilgenommen oder

ohne Erfolg teilgenommen

(Dazu zählen auch Fälle, in denen die Prüfung wegen Nichtgenehmigung des Rücktritts von der Prüfung oder aus sonstigen Gründen für nicht bestanden erklärt wurden)

am _____ in _____ LPA-Nr. _____
□□.□□.□□□□ □□□□

am _____ in _____ LPA-Nr. _____
□□.□□.□□□□ □□□□

am _____ in _____ LPA-Nr. _____
□□.□□.□□□□ □□□□

**Dem Antrag habe ich die nachfolgend angekreuzten Unterlagen beigelegt.
Für fremdsprachige Urkunden liegen jeweils beglaubigte Übersetzungen bei.**

- 01 Geburtsurkunde oder Auszug aus dem Familienbuch der Eltern (beglaubigte Kopie oder Original)
- 02 Eheurkunde (beglaubigte Kopie oder Original)
- 03 MHH-Studienzeitbescheinigung über das gesamte Studium der Medizin (nicht: Immatrikulationsbescheinigung); bei Studienortwechsel: auch vollständige Immatrikulationsnachweise von anderen Universitäten über den gesamten Studienverlauf (jeweils im Original)
- 04 Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung bzw. Äquivalenzbescheinigung (sofern in Niedersachsen erworben: einfache Kopie; im Übrigen: Original)
- 05 Zeugnis über das Bestehen des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (sofern in Niedersachsen erworben: einfache Kopie; im Übrigen: Original)
- 06 Unterschriebene Datenschutzerklärung (Vordruck anbei)
- 07 Bescheinigungen über das Praktische Jahr nach dem Muster der Anlage 4 ÄApprO (im Original; bitte füllen Sie unbedingt die nachfolgende Tabelle aus):

Fachgebiet	Krankenhaus/ Lehrpraxis	von – bis	endgültige Bescheinigung eingereicht
Innere Medizin			
Chirurgie			
Wahlfach: (Bitte immer angeben): _____			

Die endgültige Bescheinigung über den letzten Abschnitt des Praktischen Jahres reiche ich ggf. unverzüglich nach.

Die vorstehenden Angaben habe ich wahrheitsgemäß und vollständig gemacht.

Gründe für die Versagung der Approbation als Arzt gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 2 und 3 Bundesärzteordnung (BÄO) liegen bei mir nicht vor.

Die beigefügten Nachweise habe ich in der im Antrag angegebenen Reihenfolge geordnet.

Die in der Medizinischen Hochschule Hannover sowie dem Landesprüfungsamt ausgehängte Prüfungsbekanntmachung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Datenschutzerklärung Abteilung 2 (Landesprüfungsamt)

Die in diesem Formular erbetenen Angaben (personenbezogene Daten) werden für die Bearbeitung Ihres Antrags benötigt. Die Daten werden vom Niedersächsischen Zweckverband zur Approbationserteilung (NiZzA), Abteilung 2 (Landesprüfungsamt), elektronisch und/oder in Papierform gespeichert. Diese Datenschutzerklärung beruht auf den Begrifflichkeiten, die beim Erlass der Datenschutz-Grundverordnung der EU (DSGVO; VO 2016/679 vom 27.04.2016) verwendet wurden.

Die Verarbeitung der Daten erfolgt auf Grundlage von Art. 6 Abs. 1 litt. a und e DSGVO in Verbindung mit dem Niedersächsischen Datenschutzgesetz (NDSG) in der jeweils gültigen Fassung. Zweck der Verarbeitung ist die Wahrnehmung von Aufgaben im Zuständigkeitsbereich des NiZzA. Dies betrifft insbesondere die Zulassung zu Staatsexamensprüfungen und die anschließende Approbationserteilung im Bereich Medizin, Zahnmedizin und Psychotherapie sowie damit in Zusammenhang stehende Aufgaben, wie z.B. die Anerkennung ausländischer Studienleistungen oder die Ausstellung von Unbedenklichkeitsbescheinigungen. Hierfür ist die Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich.

Rechtsgrundlagen sind insoweit die Approbationsordnung für Ärzte und die Bundesärzteordnung, die Approbationsordnung für Zahnärzte und das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde sowie die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten bzw. für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und das Psychotherapeutengesetz.

Zur Sicherstellung der Prüfungsabläufe ist ein Datenaustausch mit den jeweiligen Hochschulen bzw. Ausbildungsstätten, anderen Landesprüfungsämtern sowie dem Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen (IMPP) erforderlich. Als zentrale Einrichtung der Länder unterstützt das IMPP die Landesprüfungsämter bei der Durchführung der bundeseinheitlichen schriftlichen Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte sowie nach dem Psychotherapeutengesetz. Es erstellt die Prüfungsaufgaben mit den dazugehörigen Antwortmöglichkeiten und ist für die technische Auswertung und Ermittlung der Prüfungsergebnisse zuständig. Des Weiteren kann es für die Bewertung ausländischer Studiennachweise erforderlich sein, dass personenbezogene Daten im Rahmen der Einholung einer fachlichen Stellungnahme an die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) übermittelt werden.

Verantwortlicher im Sinne der gesetzlichen Bestimmungen: Niedersächsischer Zweckverband zur Approbationserteilung, Körperschaft des öffentlichen Rechts, vertreten durch die Geschäftsführung, Postfach 4466, 30044 Hannover; Tel. 0511 8972-9215.

Datenschutzbeauftragter: Leitung Abteilung 2 (Landesprüfungsamt), Postfach 4466, 30044 Hannover; Tel.: 0511 8972-9247; E-Mail: datenschutz@nizza.niedersachsen.de.

Gegenüber dem NiZzA können nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen folgende Rechte geltend gemacht werden:

- Auskunft über die zu Ihrer Person verarbeiteten Daten
- Berichtigung unrichtiger Daten und Löschung nicht mehr benötigter Daten
- Widerspruch gegen die Datenverarbeitung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit
- Anrufung des Niedersächsischen Landesbeauftragten für Datenschutz

Der Zeitpunkt der Löschung bzw. Vernichtung von Daten im Landesprüfungsamt orientiert sich an den verwaltungsrechtlichen Dokumentationspflichten. In prüfungsrechtlichen Angelegenheiten beträgt die Aufbewahrungsfrist derzeit 50 Jahre.

Im Hinblick auf die Besonderheiten des staatlichen Prüfungs- und Approbationsverfahrens wird darauf hingewiesen, dass ein Widerruf von Einwilligungen bzw. ein (nachträglicher) Widerspruch Auswirkungen auf die Zulassung bzw. Approbationserteilung haben kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen habe und mit der darin beschriebenen Verarbeitung und ggf. Weitergabe meiner personenbezogenen Daten einverstanden bin.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Schlüsselliste 1: STAATSANGEHÖRIGKEIT

Ägypten	ET	Georgien	GO	Madagaskar	RDM	Senegal	SN
Äquatorialguinea	AEQ	Ghana	GH	Malawi	MW	Serbien/Montenegro	SCG
Äthiopien	ETH	Gibraltar	GBZ	Malaysia	MAL	Seychellen	SY
Afghanistan	AFG	Grenada (Westindien)	WG	Malediven	MLD	Sierra Leone	WAL
Albanien	AL	Griechenland	GR	Mali	RMM	Simbabwe	ZW
Algerien	DZ	Großbritannien u. Nordirland	GB	Malta	M	Singapur	SGP
Andorra	AND	Guatemala	GCA	Marokko	MA	Slowakei	SQ
Angola	ANG	Guinea	RG	Marshallinseln	MH	Slowenien	SLO
Antarktis-Territorium	ANT	Guinea-Bissau	GUB	Mauritanien	RIM	Somalia	SP
Antigua und Barbuda	AG	Guyana	GUY	Mauritius	MS	Spanien	E
Arabische Emirate	UAE	Haiti	RH	Mazedonien	MK	Sri Lanka	CL
Argentinien	RA	Honduras	RHO	Mexiko	MEX	St. Kitts und Nevis	STK
Armenien	ARM	Indien	IND	Mikronesien	FM	St. Vincent + die Grenadinen	WV
Aserbajdschan	AZ	Indonesien	RI	Moldau, Rep. (Moldawien)	MOL	Sudan	SUD
Ascension + St. Helena	SH	Irak	IRQ	Monaco	MC	Südafrika	ZA
Australien	AUS	Iran	IR	Mongolei	MON	Suriname	SNE
Bahama-Inseln	BS	Irland	IRL	Mosambik	MOZ	Swasiland	SD
Bahrain-Inseln	BRN	Island	IS	Myanmar	BUR	Syrien	SYR
Bangladesch	BD	Israel	IL	Namibia	SWA	Tadschikistan	TAD
Barbados	BDS	Italien	I	Nauru	NAU	Taiwan	RC
Belgien	B	Jamaika	JA	Nepal	NEP	Tansania	EAT
Belize	BH	Japan	J	Neuseeland	NZ	Thailand	T
Benin	DY	Jemen	ADN	Nicaragua	NIC	Tibet	TIB
Bhutan	BHU	Jordanien	JOR	Niederl. Antillen (einschl. Curacao)	NA	Togo	TG
Bolivien	BOL	Kambodscha	K	Niederlande	NL	Tonga	TON
Bosnien-Herzegowina	BIH	Kamerun	CAM	Niger	RN	Trinidad und Tobago	TT
Botsuana	RB	Kanada	CDN	Nigeria	WAN	Tschad	TSC
Brasilien	BR	Kap Verde	CV	Norwegen	N	Tschechische Republik	CZ
Brunei Darussalam	BRU	Kasachstan	KAS	Österreich	A	Türkei	TR
Bulgarien	BG	Katar	Q	Oman	OM	Tunesien	TN
Burkina Faso	BF	Kenia	EAK	Pakistan	PK	Turkmenistan	TUR
Burundi	BU	Kirgisistan	KIR	Palau	PW	Tuvalu	TUV
Chile	RCH	Kiribati	KI	Panama	PA	Uganda	EAU
China Taiwan (Taiwan, Formosa)	RC	Kolumbien	CO	Papua-Neuguinea	PNG	Ukraine	UA
China (Volksrepublik)	TJ	Komoren	KOM	Paraguay	PY	Ungarn	H
Costa Rica	CR	Kongo, Republik	CG	Peru	PE	Uruguay	ROU
Côte d'Ivoire	CI	Kongo, Dem. Republik	CD	Philippinen	RP	Usbekistan	USB
Dänemark	DK	Korea, Dem. Volksrepublik (Nord-)	DVK	Pitcairn-Inseln	PIT	Vanuatu	VAN
Deutschland	D	Korea, Dem. Republik (Süd-)	ROK	Polen	PL	Vatikanstadt	V
Dominikanische Republik	DOM	Kroatien	HR	Portugal	P	Venezuela	YV
Dominica (Westindien)	WD	Kuba	C	Ruanda	RWA	Vereinigte Arabische Emirate	UAE
Dschibuti	DS	Kuwait	KWT	Rumänien	RO	Vereinigte Staaten von Amerika	USA
Ecuador	EC	Laos	LAO	Russische Föderation	RUS	Vietnam	VN
El Salvador	ES	Lesotho	LS	Salomonen	SAL	Weißrussland	BY
Eritrea	ERT	Lettland	LV	Sambia	Z	West Samoa	WS
Estland	EST	Libanon	RL	Samoa	WS	Zentralafrikanische Republik	RCA
Fidschi Fji	FJI	Liberia	LB	San Marino	RSM	Zypern	CY
Finnland	FIN	Libyen	LAR	Sao Tome und Principe	STP		
Frankreich	F	Liechtenstein	FL	Saudi Arabien	SA		
Gabun	G	Litauen	LT	Schweden	S	Staatenlos	XXX
Gambia	WAG	Luxemburg	L	Schweiz	CH		