



Medizin

MED. ZENTRUM FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE

Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik
Direktor: Prof. Dr. B. Wöstmann

Anmeldeformular: Vorklinische Kurse

Anmeldung für das WS / SS _____

- Anmeldung für den
- Phantomkurs I der Zahnersatzkunde
 - Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit Schwerpunkt Dentale Technologie
 - Phantomkurs II der Zahnersatzkunde
 - Praktikum Zahnärztliche Prothetik am Phantom
 - Ich wiederhole den Kurs zum ___ mal



Zutreffendes bitte ankreuzen; Bitte nur eine Veranstaltung ankreuzen!

Bitte leserlich und in Druckbuchstaben schreiben.

Persönliche Daten

Anrede Herr Frau

Name _____

Vorname _____

Geb.-Dat. _____

Matrikel-Nr. _____

Semesteradresse

Strasse, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Heimatadresse

Strasse, Nr. _____

PLZ, Wohnort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Weitere Angaben:

Sind Sie bereits approbierter Arzt?

Nein / Ja

Haben Sie bereits den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Physikum) in der Humanmedizin abgelegt?

Nein / Ja

Haben Sie bereits anerkannte vorklinische Scheine in der Humanmedizin erlangt?

Nein / Ja

Wenn ja, welche? Nur zu beantworten, falls noch keine anerkannten Prüfungen (siehe oben) abgelegt wurden.

Zu welchem Semester wurden Sie zum Studium der Zahnheilkunde zugelassen?

zum Wintersemester _____ / _____ bzw. zum Sommersemester _____

Welche praktischen Kurse/Prüfungen wurden erfolgreich in welchem Semester absolviert? Zutreffendes bitte ankreuzen, (Semester und Jahr bitte angeben, z.B. „WS 2021/22“ oder „SS 2022“)

<input type="checkbox"/> Physik	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Chemie	im	WS / SS _____
<input checked="" type="checkbox"/> Vorphysikum	nach dem	WS/SS _____
<input type="checkbox"/> Biochemie	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Histologie	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Anatomie	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Physiologie	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit dem Schwerpunkt Präventive Zahnheilkunde	im	WS / SS _____
<input type="checkbox"/> Praktikum der Zahnmedizinischen Propädeutik mit dem Schwerpunkt Dentale Technologie	im	WS / SS _____
<input checked="" type="checkbox"/> Erster Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung	nach dem	WS/SS _____
<input type="checkbox"/> Praktikum Zahnärztliche Prothetik am Phantom	im	WS / SS _____

**Hiermit versichere ich die Richtigkeit der vorgemachten Angaben.
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Kursorganisation und
-durchführung in elektronischer Form gespeichert werden.**

Datum, _____

(Unterschrift)