

Anmeldung zur zahnärztlichen Prüfung

an der medizinischen Fakultät der Universität Hamburg

Die Anmeldung für die zahnärztliche Prüfung findet in der Regel Anfang Januar für den Prüfungsbeginn im Frühjahr und Ende Mai für den Prüfungsbeginn im Herbst eines Jahres statt. Die genauen Termine und den Ort der Prüfungsanmeldung sowie weitere öffentliche Informationen zu den Staatsprüfungen entnehmen Sie bitte der Homepage des UKE.

http://www.uke.de/studiengaenge/zahnmedizin/index_31260.php

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Anweisungen/Informationen zur Prüfungsanmeldung

Vor der Prüfungsanmeldung !!!

Füllen Sie bitte auf jeder Seite der Anmeldung den schwarz umrandeten Kasten „Persönliche Daten des Prüflings“ aus, lesen Sie sich sehr genau die Erklärungen durch und ergänzen Sie in den relevanten Abschnitten der Erklärung Ihre Daten.

Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, welche Unterlagen Sie zur persönlichen Anmeldung mitbringen müssen. Bitte bringen Sie die Unterlagen **vollständig** mit und tragen Sie die Unterlagen **NICHT** auf der Anmeldung ein. Dieses muss durch die Mitarbeiter des Prodekanats für Lehre erfolgen. Des weitem bitte ich Sie den Antrag und die Erklärungen erst im Beisein eines Mitarbeiters des Prodekanats für Lehre zu unterschreiben.

Was ?	Hab ich?
Gültiger Personalausweis	
Zeugnis der zahnärztlichen Vorprüfung	
Aktuelle Semesterbescheinigung	
Geburtsurkunde (Kopie reicht)	
Heiratsurkunde (falls vorhanden)	
Erste Studienbuchseite	
Lebenslauf mit Datum und Unterschrift	
Leistungsnachweise (Scheine) siehe Punkt 7 in der Anmeldung	
2 Passbilder	

Allgemeiner Hinweis:

Sollten sich im Verlauf der Prüfung kurzfristig Änderungen des Prüfungsablaufs ergeben, werden diese per E-Mail durch das Prodekanat für Lehre kommuniziert. Für die Kommunikation per E-Mail wird ausschließlich Ihre UKE-E-Mail-Adresse verwendet. Bitte sorgen Sie dafür, dass Sie auf diese Adresse zugreifen können und diese regelmäßig abrufen. Sollten Sie Anfragen an das Prodekanat für Lehre haben, verwenden Sie bitte ausschließlich die UKE-E-Mail-Adresse, Anfragen anderer Accounts können nicht verarbeitet werden.

Wenn Sie noch Fragen zur Prüfungsanmeldung haben, wenden Sie sich bitte vorher per E-Mail an m.boethern@uke.de.

WICHTIGE ALLGEMEINE HINWEISE !!!

1. Bitte lesen Sie sich das Hinweisblatt zum Verhalten im Krankheitsfall und Rücktritt von der Prüfung sehr gründlich durch. Sollten Sie kurz vor oder im Verlauf der Prüfung krank werden und sich nicht an den Ablauf halten, können Ihnen Nachteile entstehen, durch die Sie ggf. die Prüfung nicht bestehen.
2. Der Prüfungszeitraum endet 6 Monate nach dem Tag, an dem die erste Gruppe geprüft wurde. Sollten Sie bereits vorher Verpflichtungen eingehen (wie z.B. einen Arbeitsvertrag) und diesen dann nicht einhalten können haben Sie keinerlei Anspruch auf Entschädigung oder Sonderbehandlung.
Ich rate auch davon ab nach Erhalt aller Termine innerhalb des Prüfungszeitraums andere Aktivitäten zu planen (Urlaub, Zahnball, etc.). Durch die Verschiebung von Prüfungen oder durch Krankheitsfälle von Prüfern oder Prüflingen könnte es durchaus passieren, dass freie Wochen zum Ende des Prüfungszeitraums doch für Prüfungen gebraucht werden.
3. Bitte beachten Sie, dass auch die Erteilung der Approbation einen Vorlauf benötigt. Anliegend erhalten Sie Infoblätter und Anträge vom Landesprüfungsamt für Heilberufe Hamburg. Die für den Antrag benötigten Nachweise entnehmen Sie bitte der Unterlage.
4. Da Sie zum Zeitpunkt der Anmeldung noch nicht über alle Leistungsnachweise verfügen werden, erhalten Sie spätestens 8 Tage vor dem Beginn der ersten Prüfung eine vorläufige Zulassung per Post. In der vorläufigen Zulassung werden die Termine des ersten Prüfungsabschnitts mitgeteilt (dieses sind normalerweise die Termine der KFO, Zahnerhaltungskunde, Prothetik, Röntgen, ggf. noch einem weiteren Fach“). Dieser erste Abschnitt umfasst ca. die ersten 2 Monate der Prüfung. Der zweite Prüfungsabschnitts wird Ihnen in Form einer Terminbestätigung per Post zugeschickt. Auch diese Information erhalten Sie spätestens 8 Tage vor dem Beginn der ersten Prüfung des zweiten Abschnitts.
Erst wenn Sie alle Unterlagen vollständig eingereicht/nachgereicht haben erhalten Sie die endgültige Zulassung zur Prüfung, ebenfalls per Post.
5. Für den Zeitraum der Prüfung können Sie bei der Universität Hamburg eine Beurlaubung beantragen. Nähere Informationen gibt das Campus Center der Universität Hamburg unter der Homepage:
<http://www.verwaltung.uni-hamburg.de/campuscenter/waehrend-des-studiums/beurlaubung.html>
Der Antrag für eine Beurlaubung kann direkt über Ihren Stine-Account erfolgen.

Hinweisblatt zur Staatsprüfung Zahnmedizin

1. für den Rücktritt von der Prüfung 2. für das Vorgehen im Krankheitsfall

! bitte genau durchlesen !

1. Rücktritt von der Prüfung

Der Rücktritt von der Prüfung kann, solange die (Vorläufige-)Zulassung noch nicht zugestellt/ausgehändigt wurde, jederzeit in schriftlicher Form oder per E-Mail erfolgen. Der Vorgang wird behandelt als hätte keine Anmeldung stattgefunden.

Die Zulassung für die naturwissenschaftliche sowie die zahnärztliche Vorprüfung kann erst erfolgen, wenn alle notwendigen Unterlagen eingereicht worden sind. Für den Fall, dass noch Unterlagen fehlen und diese nicht rechtzeitig nachgereicht werden, gilt dieses als Rücktritt von der Prüfung. Eine Zulassung wird nicht ausgestellt.

Sobald die Zulassung zugestellt/ausgehändigt wurde, ist ein Rücktritt von der Prüfung nicht mehr möglich (Ausnahme s.u.). Wird ein Prüfungstermin nicht wahrgenommen, muss diese Prüfung mit dem Ergebnis „schlecht“ beurteilt werden. Ggf. ist damit die Prüfung als Ganzes nicht bestanden und muss in allen Fächern wiederholt werden. Im Fall einer Wiederholungsprüfung gilt die Prüfung als endgültig nicht bestanden und darf nicht wiederholt werden.

Ein Rücktritt nach Erhalt der Zulassung muss unter Angabe der ausschlaggebenden Gründe schriftlich erfolgen, das Prodekanat für Lehre ist vorab per E-mail oder telefonisch zu informieren. Die schriftliche Begründung muss dann schnellstmöglich im Prodekanat für Lehre eingereicht werden. Die endgültige Entscheidung, ob die Begründung für einen Rücktritt ausreicht, obliegt dem/der Prüfungsausschussvorsitzenden. Sollte der Grund nicht anerkannt werden, muss an der Prüfung teilgenommen werden.

2. Verhalten im Krankheitsfall

Im Fall einer Krankheit, die die Teilnahme an der Prüfung verhindert, ist ein amtsärztliches Attest vorzulegen. Das Attest ist schnellstmöglich an das Prodekanat für Lehre weiterzuleiten. Sollte die Prüfung kurz bevor stehen, ist das Prodekanat per E-Mail oder telefonisch vorab zu informieren. Ein Attest vom Haus- und/oder Facharzt reicht **nicht** aus!

Das Attest kann nur in Ausnahmefällen rückwirkend gültig werden. Dem/Der Prüfungsausschussvorsitzenden obliegt die Anerkennung des Attests als ausreichenden Grund für den Rücktritt von der Prüfung.

3. Versäumnisfolgen

Eine Prüfung, die durch Rücktritt oder Krankheit nicht wahrgenommen wurde, kann erst im folgenden Prüfungszeitraum wiederholt werden. Im Fall einer Krankheit zählt diese weiterhin zum begonnenen Prüfungsversuch.

Wurde eine Prüfung nicht bestanden und gleichzeitig eine andere durch Rücktritt oder Krankheit nicht wahrgenommen, muss zuerst die versäumte Prüfung nachgeholt werden, bevor die nicht bestandene Prüfung wiederholt werden kann, d.h. die Prüfung kann eventuell frühestens 1 Jahr nach Beginn der Prüfung abgeschlossen werden.

Stand: November 2010

Ablauf Krankmeldung Staatsprüfung Zahnmedizin

1. Besuch des Hausarzt/ärztin und Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausstellen lassen.
2. Sofern nicht bekannt, beim Hausarzt/ärztin das zuständige Gesundheitsamt erfragen.
3. Beim Gesundheitsamt einen Termin fürs das Ausstellen eines amtsärztlichen Attest abstimmen. Den Termin inkl. des Ansprechpartner per E-Mail an m.boethern@uke.de mitteilen.
4. Mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zum Gesundheitsamt gehen und prüfen lassen. Bitte nehmen Sie meine unten stehende Adresse mit für die Zusendung des Gutachtens.
5. Die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung im Prodekanat für Lehre, bei Herrn M. Böthern abgeben.
6. Das amtsärztliche Gutachten wird entweder direkt an das Prodekanat für Lehre geschickt oder muss umgehend weitergeleitet werden.

Hinweise !

1. Wer sich nicht in Hamburg aufhält und erkrankt muss ebenfalls ein Amtsärztliches Attest vorlegen. Die zuständigen Ämter können bei den behandelnden Ärzten erfragt werden.
2. Der Amtsarzt/ärztin wird keine Behandlung vornehmen. Es wird lediglich die Diagnose des Hausarzt geprüft. Für die Behandlung bzw. Folgeuntersuchungen ist weiterhin der Hausarzt zuständig.
3. Der Kontakt mit dem Gesundheitsamt sollte schnellstmöglich aufgenommen werden, da sich der weitere Ablauf sonst verzögern kann.
4. Ein Attest muss immer vorher ausgestellt werden, nach Ablauf der Prüfung eingereichte Atteste können nur in Sonderfällen anerkannt werden.

Gesundheitsämter Stadtgebiet Hamburg inkl. Ansprechpartner/innen

Amt	Adresse
Gesundheits- und Umweltamt Altona	Jessenstr. 19, 22767 Hamburg Altona-Altstadt
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Welle	040 / 42811 - 2095 (FAX -3078)

Amt	Adresse
Gesundheitsamt Eimsbüttel	Grindelberg 66, 20139 Hamburg
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Hertel	040 / 42801 - 3371

Amt	Adresse
Gesundheitsamt Harburg	Am Irrgarten 3-9, 21073 Hamburg Harburg
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Solle	040 / 42871 - 2319

Amt	Adresse
Gesundheitsdezernat Hamburg-Mitte	Besenbinderhof 41, 20097 Hamburg
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Kowollik, Frau Wide	040 / 42854 - 3190

Amt	Adresse
Gesundheitsamt Hamburg Nord	Kümmelstr. 5-7, 20249 Hamburg
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Wollter	040 / 42804 - 2695 (Fax - 2041)

Amt	Adresse
Gesundheitsamt Wandsbek	Robert-Schuman-Brücke 8, 22041 Hamburg Marienthal
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Fritsch	040 / 42881 - 3171

Amt	Adresse
Gesundheitsamt Bergedorf	Lamprechtstr. 6, 21029 Hamburg Bergedorf
Ansprechpartner/innen	Telefon
Frau Schildknecht	040 / 42891 - 2231

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Prodekanat für Lehre, Haus N55
Marco Böthern
Martinistrasse 52
20246 Hamburg



Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
AMT FÜR GESUNDHEIT UND VERBRAUCHERSCHUTZ
Landesprüfungsamt für Heilberufe

Hinweise zur Erteilung der zahnärztlichen Approbation

Rechtsgrundlage: Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde

Eine zahnärztliche Approbation nach § 2 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde erhalten grundsätzlich nur Zahnärztinnen und Zahnärzte, denen als Staatsangehörige der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraumes oder eines Vertragsstaates, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich ein entsprechender Rechtsanspruch eingeräumt wurde.

Die Erteilung der Approbation erfolgt grundsätzlich nur auf Antrag. Dem Antrag sind folgende Unterlagen (Punkt 1 bis 6) im Original oder in amtlich beglaubigten Ablichtungen beizufügen. Ausländische Bescheinigungen sind mit Übersetzungen vorzulegen. Zusätzlich sind dem Antrag je eine Kopie der unter Punkt 1 bis 3 aufgeführten Unterlagen für den Verbleib im LPA beizufügen.

- 1. Nachweis über die Staatsangehörigkeit**
(Personalausweis/Reisepass)
- 2. Geburtsurkunde** oder Auszug aus dem Familienbuch,
bei Verheirateten zusätzlich die Heiratsurkunde
- 3. Zeugnis über die zahnärztliche Prüfung**
- 4. Kurzer, lückenloser Lebenslauf mit Datum und Unterschrift**
- 5. Amtliches Führungszeugnis der Belegart 0,**
das zum Zeitpunkt der Erteilung der Approbation nicht älter als drei Monate sein darf.

Das Führungszeugnis ist beim Einwohnermeldeamt mit der Belegart 0 (*zur Vorlage bei einer Behörde gemäß § 30 Abs. 5 BZRG*) zu beantragen. Als Verwendungszweck geben Sie bitte „Approbation Zahnmedizin“ an. Lassen Sie das Führungszeugnis an die u. g. Anschrift senden.

- 6. Ärztliche Bescheinigung** (*sh. beiliegendes Formular*),
die zum Zeitpunkt der Erteilung der Approbation nicht älter als drei Monate sein darf.

Der Antrag mit Erklärung über anhängige Straf- und Ermittlungsverfahren (*sh. beiliegendes Formular*) ist einzureichen bei der

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
Frau Klüssendorf G3139
Billstraße 80, 20539 Hamburg

Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G3139
Billstraße 80
20539 Hamburg

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Antrag zur Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt

Hiermit beantrage ich gemäß § die Erteilung der Approbation als Zahnärztin/Zahnarzt.

Anrede:	
Name:	
Vorname/n (lt. Geb.-urkunde):	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Staatsangehörigkeit:	
Telefonnummer:	
E-Mail:	

- Ich erkläre, dass ich in keinem anderen Bundesland die zahnärztliche Approbation beantragt habe.
- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Straf- oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.
- Ich kann die vorstehende Erklärung nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Mir ist bekannt, dass nach der geltenden Fassung der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen für die Erteilung der Approbation eine Gebühr in Höhe von derzeit 80 Euro per Gebührenbescheid erhoben wird. Alle Unterlagen werden per Post an meine Meldeanschrift (lt. Führungszeugnis) gesandt.

Ich versichere, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen und Gewissen richtig und vollständig gemacht habe und die zahnärztliche Tätigkeit erst nach der Erteilung der beantragten Approbation aufnehmen werde. Die unerlaubte zahnärztliche Berufsausübung ist strafbar.

Datum/Unterschrift

An die
Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz
-Landesprüfungsamt für Heilberufe-
zu Hd. Frau Klüssendorf (G 3139)
Billstraße 80
20539 Hamburg

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe
Anlage zum Antrag auf Approbation einer Approbation als Zahnärztin/ Zahnarzt

Frau/Herr (Vorname, Name, Geburtsdatum)

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er

- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Zahnärztin/ Zahnarzt ungeeignet ist.**

Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionskrankheiten wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen

- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes als Zahnärztin/ Zahnarzt ungeeignet ist.

(Ort, Datum, Unterschrift des Arztes/der Ärztin)

Praxisstempel

Gesuch um Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

an den/die Vorsitzende/n des Ausschusses für die zahnärztliche Prüfung in Hamburg

<u>Persönliche Daten des Prüflings</u>		Geb. Datum:	
Name:		Geb. Ort:	
Vorname:		Staatsang.:	
Die Zulassung und Prüfungstermine bitte ich an die nachfolgende Adresse zu schicken.			
Straße		PLZ	Ort
Meine Kontaktdaten			
Matrikelnummer	<small>@stud.uke.uni-hamburg.de</small>	Telefon	Handy
vom Prodekanat auszufüllen / Unterlagen und Nachweise:			
Datum:			
1. Zeugnis Zahnärztliche Vorprüfung			
2. Nachweis des zahnärztlichen Studiums von _____ Semestern (Studienbescheinigung)			
3. Geburtsurkunde			
4. Heiratsurkunde vorhanden ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
5. Erste Studienbuchseite (wird einbehalten)			
6. Lebenslauf mit Datum + Unterschrift (wird einbeh.)			
7. Leistungsnachweise (Scheine)			
7.1 Pathologischer Kurs für Zahnmediziner			
7.2 Kurs für klinische Chemie und Mikroskopie			
7.3 Dermatologie			
7.4 Kursus der Radiologie und Strahlenschutz			
7.5 Phantomkurs der Zahnerhaltungskunde			
7.6 Kursus der Kieferorthopädischen Technik			
7.7 Kursus der Kieferorthopädischen Behandlung 1			
7.7 Kursus der Kieferorthopädischen Behandlung 2			
7.8 OP-Kurs 1			
7.9 OP-Kurs 2			
7.10 ZMK-Krankheiten "Auskultando"			
7.11 Zahnerhaltungskunde 1			
7.12 Zahnerhaltungskunde 2			
7.13 Zahnersatzkunde 1			
7.14 Zahnersatzkunde 2			
7.15 Praktikando 1			
7.16 Praktikando 2			
7.17 Praktikando 3			
7.18 allgemeine Chirurgie			
Mitarbeiter/in Prodekanat:			
Datum, Unterschrift Studierende/r			
Erstanmeldung am:	erneute Anmeldung am:	erneute Anmeldung am:	

Rücktritt/Zulassung verw. am	Grund	Prodekanat	Student/in

Gesuch um Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

an den/die Vorsitzende/n des Ausschusses für die zahnärztliche Prüfung in Hamburg

<u>Persönliche Daten des Prüflings</u>	Geb. Datum:
Name:	Geb. Ort:
Vorname:	Staatsang.:

Erklärungen

1. Ich bitte, mich zur zahnärztlichen Prüfung zuzulassen.
2. Ich erkläre hiermit, dass ich bisher von keinem Prüfungsausschuss zur zahnärztlichen Prüfung zugelassen worden bin und keinen Versuch zur Ablegung der Prüfung gemacht habe. Die Erklärung bezieht sich auch auf Prüfungen vor einem neu begonnen Studium.
3. Ich bin einverstanden, dass meine auf der ersten Seite angegebenen Kontaktdaten (Telefonnummer, E-Mail-Adresse) an die anderen Studierenden meiner Prüfungsgruppe weiter gegeben werden.
4. Ich erkläre eidesstattlich, dass ich folgende Veranstaltungen in meinem Studium in folgenden Semestern besucht habe:

Vorlesungen	Semester
Einführung in Zahnheilkunde	
Allgemeine & spezielle Pathologie	
Allgemeine Chirurgie	
Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten	
Hygiene/Gesundheitsvorsorge	
Med. Mikrobiologie mit Übungen	
Einführung in die Kieferorthopädie	
Berufskunde/Ethik der Medizin	
Pharmakologie 1+2 / Rezeptierkurs	
Innere Medizin	
Zahn-, Mund-, und Kieferkrankheiten	
Zahn-, Mund-, und Kieferchirurgie	
Zahnerhaltungskunde	
Zahnersatzkunde	
Kieferorthopädie	

5. Das Merkblatt zum Rücktritt von der Staatsprüfung und dem Verhalten im Krankheitsfall habe ich zur Kenntnis genommen und wurde mir ausgehändigt.
6. Sofern die Einteilung der Gruppen nicht im Semester erfolgt, möchte in folgender Prüfungsgruppe geprüft werden. Mir ist aber bewusst, dass dies ein Wunsch ist, aus dem kein Anspruch abzuleiten ist. Die prüfungsorganisierende Stelle ist nicht verpflichtet, diesem Wunsch nachzukommen (eine Prüfungsgruppe besteht aus maximal 4 Personen):

Matrikelnummer	Vorname	Nachname

7. Sofern die Organisation dieses zulässt, wird eine Prüfung im Wiederholungsfall unter Ausschluss des Prüfers stattfinden, bei dem der erste Prüfungsversuch nicht bestanden wurde.

Gesuch um Zulassung zur zahnärztlichen Prüfung

an den/die Vorsitzende/n des Ausschusses für die zahnärztliche Prüfung in Hamburg

<u>Persönliche Daten des Prüflings</u>	Geb. Datum:
Name:	Geb. Ort:
Vorname:	Staatsang.:

8. Der Prüfungszeitraum beginnt mit der ersten Prüfungsgruppe am ersten Prüfungstag und endet nach 6 Monaten, unabhängig von den vorläufig gemeldeten Prüfungsterminen.
9. Ich bin damit einverstanden, dass die Prüfungen der MKG-Chirurgie ggf. am Freitag beginnen. Der Abschluss der zweitägigen Prüfung erfolgt möglicherweise erst in der nachfolgenden Woche am Montag.
10. Kurzfristige Änderungen im Prüfungsablauf können jederzeit erfolgen und werden durch das Prodekanat für Lehre schnellstmöglich, per E-Mail, kommuniziert. Hierfür wird ausschließlich meine UKE-E-Mail-Adresse verwendet.
11. Zum Zwecke der Prüfungszulassung können die Mitarbeiter/innen der Prüfungsorganisation meine erbrachten Leistungen im Studierenden-Verwaltungsprogramm prüfen und in die Prüfungsakte übernehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Dokumentierung von Terminbestätigungen und Zulassungen

Bestätigung über den Erhalt / die Versendung der vorläufigen Zulassung

vorläufige Zulassung persönlich entgegengenommen am:		
vorläufige Zulassung per Post (Einwurfeinschreiben) am:		

Bestätigung über den Erhalt / die Versendung der Ladung zur Prüfung 1. Teil

Ladung persönlich entgegengenommen am:		
Ladung per Post (Einwurfeinschreiben) am:		

Bestätigung über den Erhalt / die Versendung der Ladung zur Prüfung 2. Teil

Ladung persönlich entgegengenommen am:		
Ladung per Post (Einwurfeinschreiben) am:		

Bestätigung über den Erhalt / die Versendung der _____

_____ persönlich entgegengenommen am:		
_____ per Post (Einwurfeinschreiben) am:		

Bestätigung über den Erhalt / die Versendung der Zulassung

Zulassung persönlich entgegengenommen am:		
Zulassung per Post (Einwurfeinschreiben) versendet am:		