
Name, Vorname

Datum

Straße, Nr.

Telefonnummer oder E-Mail-Adresse

PLZ, Wohnort

Institut für medizinische und
pharmazeutische Prüfungsfragen
Postfach 25 28
55015 Mainz

Einordnung individueller Prüfungsergebnisse für die Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte

Hiermit bitte ich um Erstellung und Übersendung einer Einordnung meiner Prüfungsergebnisse in den Prüfungen nach der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO)

ÄAppO 2002 Änderung vom 17.7.2012

Kostenbeitrag:¹⁾

für **alle** bisher von mir bestandenen Prüfungen.

eine Prüfung 26,00 €

nur für folgende bisher von mir bestandene/n Prüfung/en:

zwei Prüfungen 35,00 €

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,

drei Prüfungen 45,00 €

Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und
Ärztliche Prüfung.

ÄAppO 2002

Kostenbeitrag:¹⁾

für **alle** bisher von mir bestandenen Prüfungen.

eine Prüfung 26,00 €

nur für folgende bisher von mir bestandene/n Prüfung/en:

zwei Prüfungen 35,00 €

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,

Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und
Ärztliche Prüfung.

ÄAppO 2002 (Übergangsregelung)

Kostenbeitrag:¹⁾

für **alle** bisher von mir bestandenen Prüfungen.

eine Prüfung 26,00 €

nur für folgende bisher von mir bestandene/n Prüfung/en:

zwei Prüfungen 35,00 €

Ärztliche Vorprüfung,

drei Prüfungen 45,00 €

Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung nach
ÄAppO 1987,

Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und
Ärztliche Prüfung.

ÄAppO 1987

- für **alle** bisher von mir bestandenen Prüfungen.
- nur** für folgende bisher von mir bestandene/n Prüfung/en:
- Ärztliche Vorprüfung,
 - Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
 - Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung,
 - Dritter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung und Ärztliche Prüfung.

Kostenbeitrag:¹⁾

eine Prüfung	26,00 €
zwei Prüfungen	35,00 €
drei Prüfungen	45,00 €
vier Prüfungen	55,00 €

¹⁾ Bei Versand in das Ausland zuzüglich 7,00 €

Eine Kopie des für die Bearbeitung unbedingt erforderlichen Zeugnisses der letzten von mir erfolgreich abgelegten Prüfung füge ich bei.

Den Kostenbeitrag in Höhe von _____ € habe ich am _____ auf das Konto

Inhaber: Landeshauptkasse Mainz
Bank: Landesbank Baden-Württemberg - LBBW

Konto-Nr.: 7401502131	IBAN: DE21 6005 0101 7401 5021 31
BLZ: 600 501 01	BIC: SOLADEST600

unter der Angabe „Dienststelle 1590 Kapitel 8000 Titel 119 72“ überwiesen.

Unterschrift

Anlage: Zeugniskopie