



## Antrag auf Anerkennung der Famulatur (Zahnmedizin)

Bezirksregierung Düsseldorf  
Dezernat 24 – LPA –  
Postfach 30 08 65  
40408 Düsseldorf

\_\_\_\_\_  
Ggf. bereits vergebenes Aktenzeichen  
(z. B.: Z-01234/2023)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname – lt. Geburts- o. Eheurkunde

\_\_\_\_\_  
Hochschule / Universität

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (z. B. 03.05.1999)

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Geschlecht (m / w / d)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

**Hiermit bitte ich um die Anerkennung des in beglaubigter Kopie beigefügten  
Famulaturzeugnisses.**

Der Erste Abschnitt der Zahnärztlichen Prüfung wurde bestanden am:

\_\_\_\_\_

- In Nordrhein-Westfalen
- In einem anderen Bundesland
- Durch Anerkennung



**Verpflichtende Anlagen:**

- Aktuelle Immatrikulationsbescheinigung (Einfache Kopie)
- Famulaturzeugnis (Beglaubigte Kopie)
- Falls der Erste Abschnitt in anderem Bundesland abgelegt wurde: Zeugnis über das Bestehen des Ersten Abschnitts der Zahnärztlichen Prüfung (Beglaubigte Kopie)
- Falls der Erste Abschnitt durch Anerkennung bestanden wurde: Anrechnungsbescheid (Einfache Kopie)

---

Ort,

Datum

---

Eigenhändige Unterschrift

Stand: 04.09.2023

