

**Erklärung zum Antrag auf Zulassung zum höheren
Fachsemester Modellstudiengang Medizin**

.....
(Familiename / ggf. Geburtsname)

.....
(Vorname - Schreibweise lt. Geburtsurkunde)

.....
(Geburtsdatum und -ort)

1. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am AACHENER MODELLSTUDIENGANG MEDIZIN zu einer Einschränkung bei der Möglichkeit des Studienortwechsels führen kann. Insbesondere die Möglichkeit, den Studienort ohne Verlust der Anerkennung von Studienleistungen und damit ohne Verlust von Studienzeit zu wechseln, ist nach meiner Immatrikulation im AACHENER MODELLSTUDIENGANG MEDIZIN aufgrund seines vom Regelstudiengang abweichenden Aufbaus nicht gegeben.
2. Gemäß § 4 Datenschutzgesetz Nordrhein-Westfalen willige ich ein,
 - dass die Informationen aus meinem Studienbuch/Portfolio durch die Jahrgangskoordinatoren elektronisch gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Gleiches gilt für personenbezogene Daten aus meinem Studium und die Ergebnisse der Prüfungen, auch staatlichen, sowie Daten aus meiner späteren, an das Studium anschließenden Weiterbildung.
 - dass die gespeicherten Daten aus meinem Studium und die gespeicherten Ergebnisse meiner universitären Prüfungen im Rahmen der Studienberatung zu meiner persönlichen Unterstützung und Beratung durch meinen Jahrgangskoordinator verwendet werden. Beratungen erfolgen auf Anfrage oder auf Initiative der Jahrgangskoordinatoren.
 - dass ich während oder nach dem Ende meiner Weiterbildung durch die zuständige Stelle hierzu befragt werden darf.
3. Ich erkläre, dass ich an einer anderen Hochschule Studienleistungen nicht endgültig nicht bestanden habe.
4. Ich erkläre ferner, dass ich den Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß der ÄAppO vom 27. Juni 2002 in der jeweils geltenden Fassung oder eine

vergleichbare Prüfung - z. B. in deutschen Modellstudiengängen – nicht endgültig nicht bestanden habe.

5. Falls ich bereits einmal oder zweimal am Ersten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß der ÄAppO oder einer vergleichbaren Prüfung teilgenommen habe, teile ich dem Prüfungsausschuss die Zahl dieser bereits geleisteten Prüfungsversuche unverzüglich mit.
6. Ich teile mit, ob ich mich bereits an einer anderen Hochschule in einem vergleichbaren Prüfungsverfahren befinde.
7. Mir ist bekannt, dass nicht bestandene Prüfungsversuche (Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung gemäß der ÄAppO oder eine vergleichbare Prüfung) auf die Gesamtanzahl der Prüfungsversuche zur Ärztlichen Basisprüfung im Modellstudiengang Medizin Aachen angerechnet werden.
8. Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Hepatitis-B-, Hepatitis-C-Tests rechtzeitig vor dem ersten Einsatz am Patienten, spätestens jedoch vor Beginn des 2. Semesters einverstanden. Gegebenenfalls kann ich eine kostenlose Hepatitis-B-Schutzimpfung durch den Hochschularzt vornehmen lassen.
9. Ich verpflichte mich nach Beginn des Studiums im Modellstudiengang Medizin mich umgehend im Jahrgangsverteiler mit der RWTH Emailadresse anzumelden und alle darüber verschickten studienrelevanten Informationen regelmäßig zu lesen und zu beachten.

(Ort)

(Datum)

(Eigenhändige Unterschrift)