

_____, den _____ 20____

Lichtbild

Gesuch des _____ Kandida_____n

um Zulassung zur

**medizinischen bzw. zahnärztlichen bzw. theoretischen
medizinischen Doktorprüfung**

**Den
FACHBEREICH MEDIZIN
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main**

**bitte ich hierdurch um Zulassung zur medizinischen bzw.
zahnärztlichen bzw. theoretischen medizinischen Doktorprüfung.**

Als Anlagen zu diesem Gesuch sind beigefügt:

- a) Lebenslauf (mit Datum und Unterschrift)
- b) beglaubigte Kopie der Bescheinigung über die am _____ 20____
zu _____ vollständig bestandene ärztliche bzw. zahnärztliche Prüfung*
(Ort)
oder die Approbationsurkunde* vom _____ (falls noch nicht eingereicht)
oder die PJ-Bescheinigung vom _____
- c) eine Erklärung über etwa verhängte gerichtliche oder disziplinarische Strafen (siehe S.2)
- d) amtlich beglaubigte Kopie der Geburtsurkunde, oder Vorlage von Reisepass/Personalausweis
- e) die Dissertation (**in 1-facher Ausfertigung ohne Bindung**) mit folgendem Titel:
(bitte als PDF "vorname-nachname.pdf" an promotionen@med.uni-frankfurt.de)

Diese Abhandlung ist in de _____
(Zentrum, Institut, Klinik)

zu _____
(Ort)
unter Betreuung von _____

von mir angefertigt worden. Ich bitte um Annahme dieser Abhandlung als Dissertation
durch den Fachbereich

f) schriftliche Erklärung (siehe Seite 3)

*) in beglaubigter Abschrift oder beglaubigter Fotokopie

Zulassung zur medizinischen bzw. zahnärztlichen bzw. theoretischen medizinischen Doktorprüfung

Seite 1 von 6
Stand: 25.04.2024

An den Dekan
des Fachbereichs
Medizin

Herrn Prof. Dr.

Frankfurt am Main

Ich erkläre hiermit, dass ich außer den nachstehend angeführten keine gerichtlichen oder disziplinarischen Strafen erhalten habe.

(Unterschrift)

Im Falle der Annahme der Dissertation durch den Fachbereich verpflichte ich mich, nach bestandener Doktorprüfung die erforderlichen Pflichtexemplare (s. Seite 4) der Dissertation in DIN A 5 Größe bzw. DIN A4 Größe für publikationsbasierte Dissertationen innerhalb eines Jahres an das Promotionsbüro und die Universitätsbibliothek abzuliefern.

Es ist mir bekannt, dass ich den Titel eines Doktors der Medizin, der theoretischen Medizin bzw. Zahnmedizin erst dann führen werde, wenn ich die vom Dekan und der Prodekanin eigenhändig unterzeichnete Promotionsurkunde erhalten habe.

(Unterschrift)

Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Arbeit mit dem Titel

im _____
(Zentrum, Institut, Klinik)

unter Betreuung und Anleitung von _____
mit Unterstützung durch

ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht noch die vorliegende Arbeit als Dissertation vorgelegt.

Vorliegende Ergebnisse der Arbeit wurden (oder werden) in folgendem Publikationsorgan veröffentlicht (anzugeben sind: Alle Autoren nach Reihenfolge, Titel der Zeitschrift, Ausgabe, Seite):

_____ den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift)

Name/Vorname: _____

Geburtsname (Heiratsurkunde beifügen): _____

Wohnung: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anzahl der Semester: _____

Anzahl der Semester für die Anfertigung der Doktorarbeit **nach** dem Staatsexamen: _____

Matrikelnummer des Promotionsstudiums der Goethe-Universität: _____

Heimatadresse, unter der mich Zuschriften in den nächsten Jahren stets sicher erreichen:

-----**Wird nach der Disputation ausgefüllt**-----

Folgende **Pflichtexemplare** entsprechen der Version nach Abschluss der Begutachtung und enthalten, außer den Ergänzungen auf Seite 2 (Korreferent, Tag der mündlichen Prüfung), keine Änderungen und wurden abgeliefert. _____

(Datum und Unterschrift des/r Promoventen/in)

- für das Promotionsbüro 1 **Druckexemplar**
- Bescheinigung der Universitätsbibliothek**
- Veröffentlichung im Internet, zusätzlich 1 Druckexemplar**

Promotionsurkunde ausgehändigt am _____
(Datum / Unterschrift Mitarbeiter/in Promotionsbüro)

Promotionsurkunde erhalten am _____
(Datum / Unterschrift des/r Promoventen/in)

Angaben der Daten nach Statistikgesetz

Bitte vollständig in Druckbuchstaben ausfüllen!

Erwerb der Hochschulzugangsberechtigung

Jahr des Erwerbs der Hochschulzugangsberechtigung: _____

Art der Hochschulzugangsberechtigung (z. B. Abitur, fachgebundene Hochschulreife, Fachhochschulreife, etc.):

Wo wurde die Hochschulzugangsberechtigung erworben?

PLZ: _____

Ort: _____

KREIS: _____

Wenn die Hochschulzugangsberechtigung im Ausland erworben wurde, bitte Angabe des Staates in welchem diese erworben wurde: _____

Angaben zur Ersteinschreibung

Jahr der Ersteinschreibung: _____

Semester der Ersteinschreibung (SoSe / WS und Jahr): _____

Hochschule der Ersteinschreibung _____

Wenn die Ersteinschreibung im Ausland erfolgte, bitte Angabe des Staates der Ersteinschreibung: _____

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift



Anlage zum Antrag auf Zulassung zur Doktorprüfung gemäß § 8 und § 9 der
Promotionsordnung vom 03.12. 2014; 12.10.2004

Angaben zum Promovierenden (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Name, Vorname: _____

Titel der Doktorarbeit: _____

Betreuer/in: _____

Zustimmung des Betreuers

Ich bin mit dem Antrag auf Zulassung zur Doktorprüfung der oben genannten Dissertation
einverstanden.

Frankfurt, den

Stempel und Unterschrift des Betreuers

Vorschlag des BETREUERS für Ko-Referat und Prüfer (optional)

Vorschlag Ko-Referent/in (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen):

Name, Vorname: _____

Akademischer Titel: _____

Zentrum / Klinik /Abteilung: _____

Vorschlag 1. Prüfer/in (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Akademischer Titel: _____

Zentrum / Klinik /Abteilung: _____

Vorschlag 2. Prüfer/in (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname: _____

Akademischer Titel: _____

Zentrum / Klinik /Abteilung: _____