



Bezirksärztekammer Rheinhesen  
117er Ehrenhof 3a  
55118 Mainz

**Bei Erstanmeldung  
oder Änderungen bei Wiederanmeldung  
bitte beifügen und ankreuzen**

<input type="checkbox"/>	Die <b>qualifizierte Eingangsbestätigung des Landesamtes in Koblenz, des Antrags auf Berufserlaubnis/Approbation. (Pflicht)</b> als PDF
<input type="checkbox"/>	Ein aktueller Lebenslauf <b>(Pflicht)</b> als PDF
<input type="checkbox"/>	<b>Kopie des Passes/Ausweises als PDF (Pflicht)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Kopie eines EU-Impfzertifikates mit QR-Code (DIN A 4) als PDF (Pflicht)</b>
<input type="checkbox"/>	Kopie d. aktuellsten Sprachzertifikates (ab B2) als PDF
<input type="checkbox"/>	Beleg über ein Stellenangebot in Rheinland-Pfalz (falls vorhanden).
<input type="checkbox"/>	Beleg über eine Hospitation in Rheinland-Pfalz (abgeschlossen oder gerade laufend)

**Anmeldung zur ärztlichen Fachsprachprüfung**

**Dies ist eine Erstanmeldung.** (Ich habe noch nie einen Antrag auf Durchführung der ärztlichen Fachsprachenprüfung in Mainz gestellt.)

**Dies ist eine Wiederanmeldung.** Dann bitte Ihre Registriernummer eintragen! →

Name: .....

Vorname(n): .....

Geburtsdatum: ..... Pass(Ausweis)-Nr.: .....

Telefon-Nr: .....

**Deutsche Adresse (wenn vorhanden) / Bei Wiederanmeldung immer die aktuelle Adresse angeben.**

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

**Heimatadresse im Ausland**

Straße: .....

PLZ / Ort: .....

Staat: .....

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Prüfungsgebühr **nach gesonderter Aufforderung** überweisen werde!**

**Datenschutzrechtliche Erklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die zu Prüfungszwecken erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und mit dem Prüfungsergebnis an das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung des Landes Rheinland-Pfalz weitergeleitet werden.

.....  
Ort, Datum, Unterschrift

Einsendung als PDF per E-Mail ([deutschpruefung@aerztekammer-mainz.de](mailto:deutschpruefung@aerztekammer-mainz.de))  
oder per Telefax 06131/3869-13)