

Anlage 1 – Antrag auf Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen

Nachname:	Vorname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefonnr.:

(1) Akademischer Bildungverlauf (zum Ankreuzen)

☐ Abitur ☐ Matura ☐ Fachhochschulreife	☐ Bachelor (-Äquivalent)	☐ Konsekutiver Master ☐ Weiterbildungsmaster	☐ Universitäres Diplomstudium ☐ FH-Diplomstudium	☐ Promotion
--	--	---	---	---------------------------------

Sonstiges: _____

(2) Angaben zu abgeschlossenen Studien

	Bachelor-/Bakkalaureat-Studium	Master-/Magister-/Diplom-Studium
Name der Hochschule		
Studiengang		
Studienbeginn (WS od. SS, Jahr)		
Studienende (WS od. SS, Jahr)		
Regelstudiendauer (in Semestern)		
verliehener akademischer Grad		
Summe der erworbenen (E)CTS-Credits		

(3) Angaben über universitäre/akademische Zusatzqualifikation(en) (insb. Weiterbildungs-Master)

Name der Hochschule	
Studiengang	
Studienbeginn (WS od. SS, Jahr)	
Studienende (WS od. SS, Jahr)	
Regelstudiendauer (in Semestern)	
verliehener akademischer Grad	
Summe der erworbenen (E)CTS-Credits	

(4) Ich interessiere mich für das Doktorat-Studium (bitte ankreuzen – Mehrfachnennungen möglich)

- | | |
|---|---|
| ☐ Medizinische Informatik | ☐ Psychologie |
| ☐ Health Technology Assessment | ☐ Public Health |
| ☐ Management und Ökonomie im Gesundheitswesen | ☐ Sportmedizin, Gesundheitstourismus und Freizeitwissenschaften |
| ☐ Pflegewissenschaft | |

Datum: _____ Unterschrift: _____