

Anlage 1 – Antrag auf Prüfung der Zulassungsvoraussetzungen

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Hausnr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Telefonnr.: _____

(1) Akademischer Bildungsweg (zum Ankreuzen)

<input type="checkbox"/> Abitur	<input type="checkbox"/> Bachelor (-Äquivalent)	<input type="checkbox"/> Konsekutiver Master	<input type="checkbox"/> Universitäres Diplomstudium	<input type="checkbox"/> Promotion
<input type="checkbox"/> Matura		<input type="checkbox"/> Weiterbildungsmaster	<input type="checkbox"/> FH-Diplomstudium	
<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife				

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)

- Gesundheitsinformationssysteme
- Health Technology Assessment
- Management und Ökonomie im Gesundheitswesen
- Pflegewissenschaft
- Psychologie
- Public Health
- Sportmedizin, Gesundheitstourismus und Freizeitwissenschaften

Datum: _____ Unterschrift: _____