



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf



Universität Hamburg  
DER FORSCHUNG | DER LEHRE | DER BILDUNG

**Bestätigung der freiwilligen Teilnahme am integrierten Modellstudiengang  
Zahnmedizin der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg gemäß § 41 der  
Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002**

Hiermit bestätige ich,

Vorname	
Name	
geboren am	
Geburtsort	

dass ich freiwillig am Modellstudiengang Zahnmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg teilnehme.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Teilnahme am Modellstudiengang Zahnmedizin zu einer Einschränkung der Möglichkeiten eines Studienortwechsels führen kann und bestätige mein Einverständnis hiermit. Insbesondere kann ein solcher Wechsel mit einer Verlängerung der Studienzeit verbunden sein.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift antragsstellende  
oder bevollmächtigte Person