

\_\_\_\_\_, 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 (Ein ungebundenes Exemplar, z.B. in einem Schnellhefter oder Klemmhefter und als PDF-Dokument an [promotionen@med.uni-frankfurt.de](mailto:promotionen@med.uni-frankfurt.de)) mit folgendem Titel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An den Dekan  
des Fachbereichs  
Medizin

Diese Abhandlung ist in de \_\_\_\_\_  
(Zentrum, Institut, Klinik)

zu \_\_\_\_\_  
(Ort)

Herrn Prof. Dr.

unter Betreuung von \_\_\_\_\_

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

f) schriftliche Erklärung (siehe Seite 3)

**Frankfurt am Main**

\_\_\_\_\_

\*) in beglaubigter Abschrift oder beglaubigter Fotokopie

Zulassung zur medizinischen bzw. zahnärztlichen bzw. theoretischen medizinischen Doktorprüfung

Seite 1 von 6  
Stand: 25.04.2024

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: \_\_\_\_\_