

An die  
Hochschule 21  
Harburger Str. 6-7  
  
21614 Buxtehude

1 Lichtbild  
(bitte unbedingt  
einkleben)

**Antrag auf Zulassung zum Studium zum Wintersemester 20 \_\_ für den Studiengang**

Physiotherapie DUAL

<b>1.</b>	<p><b><u>Angaben zur Person</u></b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 60%; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40%; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Familienname - ein Feld freilassen - Vorname</td> <td style="font-size: small;">Zur Untermiete bei</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Straße - ein Feld freilassen - Hausnummer</td> <td style="font-size: small;">Geburtstag und -ort</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 80%; height: 25px;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">PLZ Ort</td> <td style="font-size: small;">Staatsangehörigkeit</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding-top: 10px;"> Landkreis: ..... Telefon: ...../..... Fax: ...../.....  Bundesland: ..... Mobil: ..... E-mail:..... </td> </tr> </table>			Familienname - ein Feld freilassen - Vorname	Zur Untermiete bei			Straße - ein Feld freilassen - Hausnummer	Geburtstag und -ort			PLZ Ort	Staatsangehörigkeit	Landkreis: ..... Telefon: ...../..... Fax: ...../..... Bundesland: ..... Mobil: ..... E-mail:.....	
Familienname - ein Feld freilassen - Vorname	Zur Untermiete bei														
Straße - ein Feld freilassen - Hausnummer	Geburtstag und -ort														
PLZ Ort	Staatsangehörigkeit														
Landkreis: ..... Telefon: ...../..... Fax: ...../..... Bundesland: ..... Mobil: ..... E-mail:.....															
<b>2.</b>	<p><b><u>Familienstand:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden Zahl der Kinder: __</p>														

3. **Nachweis über die Hochschulzugangsberechtigung - H Z B -**  
 (Nachweis durch amtlich beglaubigte Zeugniskopien)

**Schulart (Abschluss):**

Gymnasium (Hochschulreife)
  Zweijährige Höhere Handelsschule  
 Abendgymnasium - Kolleg (Hochschulreife)
  Versetzung in die 13. Klasse eines  
 Gymnasiums (**nur gültig in Verbindung  
 mit der Gleichwertigkeitsbescheinigung**)  
 Fachoberschule (Fachhochschulreife)
  Sonstige HZB  
 Fachschule + Zusatzprüfung (Fachhochschulreife)  
 Zweijährige Fachschule (ein der Fachhochschulreife  
 entsprechender Abschluss)

Name und Ort der Schule: \_\_\_\_\_ Landkreis der Schule: \_\_\_\_\_

besucht von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Abschluss am: \_\_\_\_\_ Durchschnittsnote: \_\_\_\_\_

---

4. **Berufsausbildung** (Ggf. Nachweis durch amtlich beglaubigte Zeugniskopien)

nein  ja - Art der Ausbildung: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der  
 Ausbildungsstelle : \_\_\_\_\_

Dauer der Ausbildung: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Abschluss als: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

---

5. **Berufstätigkeit** (Ggf. Nachweis über amtlich beglaubigte Zeugniskopien)

nein  ja

Art der Tätigkeit	Arbeitgeber	Anschrift	Tätigkeit von / bis / seit

---

6. **Bisher besuchte Hochschulen (Wiss. / künstl. Hochschulen, Fachhochschulen)**

nein  ja (bitte unbedingt ankreuzen !)

Name der Hochschule	Ort	besucht von - bis (WS/SS)	Studiengang	erfolgreicher Abschluss
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anzahl der bisherigen Hochschulsemeister: \_\_\_\_\_

davon Fachsemester im gewählten Studiengang (Seite 1): \_\_\_\_\_

Eine Exmatrikulationsbescheinigung der zuletzt besuchten Hochschule muss zur Immatrikulation vorliegen.

7. **Bisher abgeleistete Praktika im Gesundheitsbereich (Therapeutische Praktika, soziales Jahr, etc.)**  
 nein  ja (bitte unbedingt ankreuzen !)

Einrichtung	Ort	von	bis	Tätigkeit

8. **Erklärung für Wechsler**  
 (bitte unbedingt ankreuzen)

In demselben oder einem verwandten Studiengang habe ich folgende begrenzt wiederholbare Prüfungsleistungen (PL) nicht bestanden:

Bezeichnung der PL	Anzahl Versuche

Eine Bestätigung dieser Angaben durch die bisherige Hochschule muss vor Studienbeginn vorliegen. Bitte verwenden Sie anliegendes Formblatt.

Ich versichere hiermit, dass ich in dem gewählten Studiengang keine Prüfungsleistung endgültig nicht bestanden habe.

9. **Ihre Gesundheit betreffende Fragen:**

Operationen

welche	wann	verbliebene Probleme

**Degenerative Erkrankungen** (Skoliosen, Fehlstellungen der Wirbelsäule, Verschleiß an den Gelenken u. ä.)

welche	verbliebene Probleme

**Hauterkrankungen**

- Schuppenflechte
- Neurodermitis
- Andere .....

**Allergische Reaktionen**

- An der Körperoberfläche, wodurch ausgelöst.....  
.....?
- Im Bereich der Atemwege, wodurch ausgelöst.....  
.....?

10. **Fragen zu Ihrem Freizeit- und Sportverhalten**

- Hobbys, welche:.....  
.....
- Sport, welchen: .....  
.....
- sonstiges: .....  
.....

