

**ANMELDUNG\***  
**ZU EINER EINGESCHRÄNKT WIEDERHOLBAREN MODULABSCHLUSSPRÜFUNG**

Name: ..... Vorname: ..... Matr.-Nr.: .....

Hiermit melde ich mich zu einer der folgenden eingeschränkt wiederholbaren  
Modulabschlussprüfung an

---

**Modul 1A: Krankheitslehre I: Internistische/neurologische Erkrankungen<sup>1)</sup>**

Prüfer/in: ..... Datum der Prüfung: .....

1. Versuch       2. Versuch       3. Versuch

---

**Modul 1B: Krankheitslehre II: Orthopädische Erkrankungen<sup>1)</sup>**

Prüfer/in: ..... Datum der Prüfung: .....

1. Versuch       2. Versuch       3. Versuch

---

Wuppertal, \_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller/in)

\* Die Anmeldung muss spätestens vier Wochen vor der Prüfung im Zentralen Prüfungsamt abgegeben werden.

<sup>1)</sup> Schriftliche Prüfung 90 Minuten (max. 2 Mal wiederholbar)