

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 Erkrankungen¹⁾

Prüfer/in: Datum der Prüfung:

1. Versuch 2. Versuch 3. Versuch

Modul 1B: Krankheitslehre II: Orthopädische Erkrankungen¹⁾

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.

¹⁾ Schriftliche Prüfung 90 Minuten (max. 2 Mal wiederholbar)