

Eingangsstempel

**Zulassungsantrag
für den Bachelor-Studiengang
„Interprofessionelle Gesundheitsversorgung - Online“**

Bewerbung zum Wintersemester 2024_25

Bitte ankreuzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mit Hochschulreife | <input type="checkbox"/> ohne Hochschulreife (§ 11 BerlHG) |
| <input type="checkbox"/> mit ausländischer HZB | <input type="checkbox"/> Zweitstudium |
| <input type="checkbox"/> Härtefall/Antrag auf Nachteilsausgleich (sind per E-Mail im Immatrikulationsamt anzufordern) | |

erlernten Beruf bitte ankreuzen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut_in | <input type="checkbox"/> Diätassistent_in |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapeut_in | <input type="checkbox"/> Logopäde_in |
| <input type="checkbox"/> Pflegefachfrau_mann | <input type="checkbox"/> Notfallsanitäter_in |
| <input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger_in | <input type="checkbox"/> Hebamme/Entbindungspfleger |

1. Angaben zur Person

(die erhobenen Daten werden ausschließlich für Verwaltungsaufgaben der ASH erfasst)

Familienname: _____

Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: männlich weiblich ohne Angabe divers

Staatsangehörigkeit: deutsch EU welche: _____

andere: _____ (wenn staatenlos bitte ebenfalls angeben) _____

Aufenthaltsurlaubnis Aufenthaltsbewilligung

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

ggf. zur Untermiete bei: _____ Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

2. Angaben zum gesetzlichen Auswahlverfahren

2.1 Hochschulzulassungsberechtigung (HZB) Art der HZB angeben

- Gymnasium/ Gesamtschule
- Fachhochschulreife von bis EOS
- andere, z.B. _____
- sonst., von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend u. Sport anerkannte HZB

Datum: _____ Durchschnittsnote: _____

Kreis: _____ Kreisfreie Stadt: _____
(bitte ausschreiben, keine Abkürzungen)

2.2 Bewerber_innen ohne Abitur/Fachabitur nach § 11 BerlHG

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Physio-/Ergotherapeut_in**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation **Pflegefachfrau_mann**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Diätassisten_in**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Notfallsanitäter_in**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Logopäde_in**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Heilerziehungspfleger_in**

Datum: _____

- Zeugnis über berufliche Qualifikation als **Hebamme/Entbindungspfleger**

Datum: _____

Angaben zum Beruf:

Art: _____

Berufsausbildung von: _____ bis: _____

Angaben zur Berufstätigkeit:

Zeitraum von bis	Wochenstunden	als	Einrichtung/Träger

Angaben zu beruflichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen:

Datum	Dauer*	Thema	Veranstalter

* bitte in Gesamtstunden angeben

2.3 Zweitstudienbewerber innen

Abgeschlossenes Studium:

Zeitraum	Anzahl Semester	Name der Uni/FH	Studiengang
SS/WS_____ bis SS/WS_____			
SS/WS_____ bis SS/WS_____			
SS/WS_____ bis SS/WS_____			

Datum: _____ Abschlussnote: _____

2.4 Bewerber_innen mit ausländischer Hochschulzugangsberechtigung

Ausländische Hochschulzugangsberechtigungen müssen vorher von der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport anerkannt werden.

Wo und wann wurde die Hochschulzugangsberechtigung erworben:

Land: _____ Datum: _____

Aufenthaltsurlaubnis bzw. Aufenthaltsbewilligung zu Studienzwecken liegt vor

ja nein

von _____ bis _____ ausgestellt von der Ausländerbehörde

wurde beantragt wann _____ wo _____

Haben Sie eine Deutsche Sprachprüfung erfolgreich abgeschlossen? ja nein

Welche Qualifikation: _____

wo: _____

2.5 Bisherige Studienzeiten

Wichtig: Sie erklären hier an Eides statt, ob Sie bereits als ordentlich eingeschriebene_r Studierende_r in der Bundesrepublik Deutschland studiert haben.

Sind oder waren Sie bereits einmal an einer Hochschule (In- und Ausland) eingeschrieben?

Nein Ja, und zwar:

Zeitraum	Anzahl Semester	Name der Uni/FH	Studiengang
SS/WS _____ bis SS/WS _____			
SS/WS _____ bis SS/WS _____			
SS/WS _____ bis SS/WS _____			
SS/WS _____ bis SS/WS _____			

Angestrebter Abschluss: _____

Urlaubssemester:
von _____ bis _____ **Anzahl der Semester:** _____

Exmatrikuliert seit: _____
(Bitte Exmatrikulation bei der Bewerbung mit einreichen, falls Sie schon an einer anderen Hochschule exmatrikuliert sind. Bei noch vorliegender Immatrikulation bitte aktuelle Studienbescheinigung der Bewerbung beifügen.)

Haben Sie in dem Studiengang Interprofessionale Gesundheitsversorgung an einer Hochschule in der Bundesrepublik Deutschland eine Vor- oder Abschlussprüfung endgültig nicht bestanden, oder haben Sie einen nach der Prüfungsordnung Ihrer Hochschule erforderlichen Leistungsnachweis nach allen Wiederholungen endgültig nicht erbracht?

ja nein

3. Fachspezifische Zugangsvoraussetzungen

Die folgenden fachspezifischen Unterlagen sind **spätestens** bis zum Zeitpunkt der Immatrikulation vorzulegen. Alle Voraussetzungen müssen zu Studienbeginn erfüllt sein.

Nachweis über eine mindestens 1-jährige Vollzeitbeschäftigung (VZ) in einem der zuvor genannten Berufe; bei Teilzeit entsprechend länger

(Arbeitszeugnisse, sonstige Nachweise, welche die Beschäftigung und den Arbeitsumfang belegen - **Arbeitsverträge werden nicht als Nachweis der Berufstätigkeit anerkannt** -)

4. Angaben zum hochschuleigenen Auswahlverfahren

Ist von Bewerber_innen mit Hochschulreife, Härtefallantragsteller_innen, EU-Ausländer_innen und Deutschen, die ihre Hochschulzugangsberechtigung im Ausland erworben haben, auszufüllen.

Studienrelevantes Praktikum ab 6 Monaten

(Nachweis durch einfaches Zeugnis/Beurteilung)

Zeitraum von - bis: _____

Einrichtung/Träger: _____

ODER

Abgeschlossene studienrelevante Berufsausbildung

im Bereich Pflegefach, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Entbindungspflege/Hebamme, Notfallsantäter_in, Diätassistentin und Heilerziehungspflege (**Nachweis durch Berufsabschlusszeugnis**)

Ausbildung als: _____

von: _____ bis: _____ Note: _____

ODER

Studienrelevante Berufstätigkeit in einem einschlägigen Ausbildungsberuf (mindestens 2 Jahre)

Nachweis durch Arbeitszeugnisse (**Arbeitsverträge werden nicht als Nachweis der Berufstätigkeit anerkannt**)

Zeitraum von - bis	als	Einrichtung/Träger

Hinweis:

*Es erfolgt nur die Bepunktung jeweils einer nachgewiesenen Alternative.
. bei Vorliegen der Nachweise die jeweils höchst bewertete Alternative gewertet.*

Erfolgreich abgeschlossene Vorbildungen eines besonderen studienvorbereitenden Kurses einer Schule oder Hochschule; insbesondere studienrelevante Fort- bzw. Weiterbildungen

(studienrelevante Lehrgänge ab 20 Stunden - Nachweis Zeugnis)

Zeitraum von - bis	Umfang in Std.	Titel	Anbieter

insgesamt in Stunden: _____

Bilinguale Sprachkompetenz (in allen Sprachen, außer Deutsch), auf dem Niveau des europäischen Referenzrahmens (mindestens C1) nachgewiesen (qualifizierter Nachweis)

Hier gilt als Nachweis nur ein entsprechendes Zertifikat

(Link: http://de.wikipedia.org/wiki/Gemeinsamer_Europäischer_Referenzrahmen)

oder die ausdrückliche Ausweisung des erreichten Levels mindestens C1 auf dem Zeugnis der Hochschulzugangsberechtigung

Die Informationen zur Erhebung und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie unter folgendem Link:

https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/Einrichtungen/StudierendenCenter/ImmaAmt/Bewerbung_und_Immatrikulation/Datenschutz-Info_Bewerber-2020.pdf

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere, dass ich die Angaben in diesem Antrag wahrheitsgemäß gemacht habe, und dass ich bei fehlerhaften, unwahren und unvollständigen Angaben gemäß Hochschulzulassungsverordnung Berlin vom Auswahlverfahren ausgeschlossen werden kann. Die Richtigkeit der in diesem Zulassungsantrag gemachten Angaben bestätige ich durch meine Unterschrift.

Ort, Datum

Unterschrift