

Bewerbung zum Masterstudiengang M.Sc. CINMED-AM

Bewerbungsantrag zum M.Sc. CINMED-AM I

Bitte füllen Sie die folgenden Seiten aus und schicken sie mit den erforderlichen Unterlagen (siehe Anlagen) an folgende Adresse:

**Institut für Integrative und Transkulturelle Asiatische Medizin
Löwengasse 1
61348 Bad Homburg**

Fon: +49 (0) 6172 – 99 8 111

Fax: +49 (0) 6172 – 99 8 130

Hiermit bewerbe ich mich für einen Studienplatz im Studiengang Master of Science in Complementary and Integrative Medicine and Management – Asian Medicine / CINMED-AM, mit dem Vertiefungsschwerpunkt I Chinesische Medizin an der Steinbeis-Hochschule Berlin, Institut für Integrative und Transkulturelle Asiatische Medizin.

Personalien

Nachname (Geburtsname), Vorname		Geburtsdatum, Geburtsort, Landeskennezeichen Bundesland/Staat	
Titel	Weiblich (<input type="checkbox"/>) Männlich (<input type="checkbox"/>) Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
Klinik / Praxisadresse: Straße Hausnummer		Klinik / Praxisadresse: Landeskennezeichen PLZ Ort	
Klinik / Praxis TEL		Klinik / Praxis FAX	
Privatadresse: Straße Hausnummer		Privatadresse: Landeskennezeichen PLZ Ort	
Privat TEL		Privat FAX	
Email		Mobil	

Kranken-, Sozialversicherung, Berufsgenossenschaft:

Krankenkasse	Versicherungsnummer	Sozialversicherungsnummer	Berufsgenossenschaft
--------------	---------------------	---------------------------	----------------------

Derzeitige berufliche Tätigkeiten:

Berufliche Tätigkeit / Funktion	
Klinik / Praxis	Seit

Bewerbung zum Masterstudiengang M.Sc. CINMED-AM

Hochschulreife / Abitur

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Schule	Bundesland
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abschlussnote	Datum

Hochschulausbildung

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Art des Abschlusses	Universität / Hochschule des Abschlusses
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Abschlussnote	Abschlussdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Promotion Thema	Promotion Hochschule, Datum

Approbation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ausstellende Landesärztekammer	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
KV-Zulassung Bezirk	KV-Zulassung Datum

Ärztliche Tätigkeiten nach der Approbation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1)	Institution / von bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2)	Institution / von bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3)	Institution / von bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4)	Institution / von bis
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Weitere	

Weiter- und Fortbildungen

<input type="text"/>	<input type="text"/>
1. Facharzt / Gebietsbezeichnung	Institution / Abschlussdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. Facharzt / Gebietsbezeichnung	Institution / Abschlussdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Weiterbildung Akupunktur	Ausbildungsgesellschaft / Abschlussdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. Sonstige Weiterbildungen	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Akupunktur Diplom B	Ausbildungsgesellschaft / Abschlussdatum

Bewerbung zum Masterstudiengang M.Sc. CINMED-AM

6. Relevante Fortbildungen	Ausbildungsgesellschaft / Abschlussdatum

Forschung / Publikationen

Akupunktur	Sonstige

Sonstige Berufsausbildungen

1)	Institution / Abschlussdatum
2)	Institution / Abschlussdatum

- Gemäß Berliner Hochschulgesetz sind alle Studenten und Prüfungskandidaten verpflichtet, personenbezogene Daten zum Hochschulzugang, zum Studium, zum Studienverlauf und zu den Prüfungen zu Verwaltungszwecken anzugeben. Die Daten werden nur für diese Verwaltungszwecke erhoben, elektronisch gespeichert, genutzt und verarbeitet. Eine Weitergabe von Daten an Dritte erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Pflichten.
- Kopien folgender Dokumente (Anlage): Abiturzeugnis, Hochschulabschluss, Promotionsurkunde, Approbation, KV-Zulassungsbescheid, Zertifikate Gebietsbezeichnung(en), Weiterbildung Akupunktur, sonstige Weiterbildung(en), relevante Fortbildung(en), Zeugnisse ärztliche Tätigkeiten, sonstige berufliche Tätigkeit(en) (amtliche Übersetzungen und Anerkennungsbescheide).

Anlage I

(zur Überprüfung bitte ankreuzen)

Tabellarischer Lebenslauf, unterschrieben	<input type="checkbox"/>
Zwei Passbilder	<input type="checkbox"/>
Abiturzeugnis, Kopie	<input type="checkbox"/>
Zeugnis Hochschulabschluss, Kopie	<input type="checkbox"/>
Promotionsurkunde, Kopie	<input type="checkbox"/>
Approbationsurkunde, Kopie	<input type="checkbox"/>
KV-Zulassungsbescheid, Kopie	<input type="checkbox"/>
Zertifikate Gebietsbezeichnung(en), Kopie(n)	<input type="checkbox"/>
Zertifikat Weiterbildung Akupunktur, Kopie	<input type="checkbox"/>
Sonstige Weiterbildung(en), Kopie(n)	<input type="checkbox"/>
Akupunktur Diplom B	<input type="checkbox"/>
Relevante Fortbildungen, Kopien	<input type="checkbox"/>
Zeugnisse ärztlicher Tätigkeit(en), Kopie(n)	<input type="checkbox"/>
Sonstige berufliche Tätigkeit(en), Kopie(n)	<input type="checkbox"/>
Anerkennungsbescheide, sofern erforderlich	<input type="checkbox"/>

Bewerbung zum Masterstudiengang M.Sc. CINMED-AM

Anlage II

Warum möchten Sie den Masterstudiengang M.Sc. CINMED-AM absolvieren? Bitte beschreiben Sie in einigen Sätzen Ihre Motivation. Diese Darstellung ist Grundlage für den Auswahlprozess und das Bewerbungsgespräch.

Hiermit versichere ich mit nachfolgender Unterschrift, dass die zu meiner Person oben gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Die entsprechenden Kopien füge ich als Nachweise bei.

Ort, Datum	Unterschrift Teilnehmer