

Fakultät Art, Health and Social Science

Antrag auf Zulassung zum Bachelor-Studium

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an folgende Anschrift:

Eingangsdatum:

MSH Medical School Hamburg GmbH
Am Kaiserkai 1
20457 Hamburg

Sommersemester 20__ Wintersemester 20__/20__

Bachelor-Studiengänge

Studienmodell Vollzeit

- Expressive Arts in Social Transformation (B.A.)
- Kunsttherapie (B.A.)
- Musiktherapie (B.A.)
- Tanztherapie (B.A.)
- Theatertherapie (B.A.)
- Soziale Arbeit (B.A.)
- Transdisziplinäre Frühförderung (B.A.)

Studienmodell Teilzeit

- Transdisziplinäre Frühförderung (B.A.)

▲ Angaben zur Person (wie im amtlichen Ausweis)

Name: _____
Vorname: _____
Straße/Hausnr.: _____
Zusatz (c/o): _____
PLZ/Ort: _____
E-Mail: _____

Geburtsname: _____
 männl. weibl. divers
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Staatsangehörigkeit: _____
Telefon: _____

▲ Hochschulzugangsberechtigung

Schulform/Typ: _____
Erreichter Abschluss: _____
Abschluss Monat/Jahr: _____
Durchschnittsnote: _____
Bundesland: _____
Stadt: _____

▲ **Haben Sie eine Berufsausbildung absolviert?**

Nein Ja

Falls ja, welche: _____ Datum von: _____ bis: _____

▲ **Wehrdienst / Zivildienst / soziales oder ökologisches Jahr wurde abgeleistet:**

Nein Ja

Falls ja, welche: _____ Datum von: _____ bis: _____

▲ **Sind oder waren Sie bereits an einer deutschen Hochschule eingeschrieben?**

Nein Ja

Anzahl der Semester: _____ davon beurlaubt: _____

Name und Ort der Hochschule	von - bis	Studiengang	Erfolgreicher Abschluss	Note Abschlussprüfung
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
			<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	

▲ **Sind Sie wegen endgültigen Nichtbestehens einer Hochschulprüfung im gleichen Studiengang, für den Sie eine Zulassung an der MSH beantragen, vom Studium ausgeschlossen worden?**

Nein Ja

Falls ja, Hochschule: _____

Studiengang: _____

▲ **Haben Sie sich auch an einer unserer Partnerhochschulen, der MSB Medical School Berlin, der BSP Business School Berlin, der BSP Campus Hamburg oder der HMU Health and Medical University Potsdam beworben?**

Nein Ja

- ▲ **Bitte reichen Sie folgende Belege in beglaubigter Abschrift oder Kopie zusammen mit Ihrem Zulassungsantrag an der MSH Medical School Hamburg ein. Bei fremdsprachigen Texten ist eine deutsche Übersetzung von einem vereidigten Übersetzer beizufügen.**

Bitte ankreuzen

- Vollständig ausgefüllter und unterschriebener Zulassungsantrag
- Tabellarischer Lebenslauf
- Zwei Passfotos mit Namensangabe auf Rückseite
- Personalausweiskopie (Vorder- und Rückseite)
- Identity-Card (ausländische Studierende)
- Zeugnisse über die erforderliche Vorbildung* mit Durchschnittsnote
(Allgemeine Hochschulreife bzw. Fachhochschulreife oder gleichwertiger Abschluss)
- Nachweis über die abgeschlossene Berufsausbildung in Form von Berufserlaubnis und Zeugnis
(Advanced Nursing Practice, Medizinpädagogik, Rescue Management)
- Praktikumsbescheinigung bzw. Nachweis über einen Praktikumsplatz mit mindestens einmonatiger Dauer
(Transdisziplinäre Frühförderung, Soziale Arbeit)
- Ggf. Nachweis über Exmatrikulationen an bisher besuchten Hochschulen
- Ggf. Nachweis über bisherige Tätigkeiten/ Berufsausbildung/ Berufserfahrung
- Ggf. Studienbuch bzw. Studienabschlusszertifikat

- ▲ **Bitte reichen Sie folgende Nachweise erst nach Studienplatzzusage ein. Bitte beachten Sie, dass alle Nachweise bei Studienbeginn nicht älter als drei Monate sind.**

Bitte ankreuzen

- Polizeiliches Führungszeugnis
- Ärztliches Gesundheitszeugnis
- Orthopädisches Gesundheitszeugnis (Physiotherapie)
- Fachärztliche Untersuchung der Sprache und Höraudiogramm (Medizinpädagogik)
- Nachweis eines Erste Hilfe Kurses
- Nachweis über die ausreichende Krankenversicherung

* Das für die Zulassung benötigte Abschlusszeugnis kann bei Erhalt nachgereicht werden.

▲ **Durch welches Medium haben Sie von der MSH Medical School Hamburg erfahren?**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Website/Google | <input type="checkbox"/> Berufs-/Abiberater |
| <input type="checkbox"/> Facebook/Instagram | <input type="checkbox"/> Infoveranstaltungen der Hochschule |
| <input type="checkbox"/> Internetportale | <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte/Verwandte |
| <input type="checkbox"/> Anzeige | <input type="checkbox"/> (ehemalige) Studenten |
| <input type="checkbox"/> Messe | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____ |

▲ **Bitte stellen Sie Ihre Motivation für ein Studium an der MSH Medical School Hamburg dar.**

▲ **Ich erkläre, dass alle Angaben vollständig und wahr sind.**

Ort/Datum

Unterschrift Bewerber/in

Bitte beachten:
Bei jedem nachfolgenden Schriftverkehr sind Ihr Name sowie der Studiengang anzugeben.

