

Name, Vorname

---

Straße, PLZ und Ort

---

---

Email und Telefon (freiwillig)

An die  
Studierendenkanzlei  
zur Prüfung auf Zulassung

**Antrag**

auf Zulassung zu den Masterstudiengänge an der DHGS Deutsche Hochschule für  
Gesundheit und Sport

Es gelten die gültigen Studien- und Prüfungsordnungen der jeweiligen  
Masterstudiengänge in Verbindung mit dem § 10 des Berliner Hochschulgesetzes.

Ich beabsichtige, ein Studium im Masterstudiengang

---

mit dem Schwerpunkt in

---

im

Wintersemester 20 \_\_\_\_/20 \_\_\_\_

Sommersemester 20 \_\_\_\_

aufzunehmen.

Ich erfülle die Voraussetzungen:

### Studienabschlüsse

#### 1. Studienabschluss

Ich verfüge über ein erfolgreich abgeschlossenes und anerkanntes Hochschulstudium (bzw. ich erhalte in naher Zukunft meinen Abschluss):

Studiengang \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hochschule/ Universität: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

#### 2. Studienabschluss

Ich verfüge über ein erfolgreich abgeschlossenes und anerkanntes Hochschulstudium (bzw. ich erhalte in naher Zukunft meinen Abschluss):

Studiengang: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hochschule/ Universität: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Berufserfahrungen bzw. Praktika

Ich kann folgende Berufserfahrungen oder Praktika zum abgeschlossenen Studiengang nachweisen.

<b>Erste Tätigkeit/Bezeichnung:</b> _____
Arbeitgeber/Dienststelle: _____
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Anzahl Wochenstunden: _____ Stundenzahl insgesamt (ca.): _____
Dauer von _____ bis _____

<b>Zweite Tätigkeit/Bezeichnung:</b> _____
Arbeitgeber/Dienststelle: _____
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Anzahl Wochenstunden: _____ Stundenzahl insgesamt (ca.): _____
Dauer von _____ bis _____

<b>Dritte Tätigkeit/Bezeichnung:</b> _____
Arbeitgeber/Dienststelle: _____
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Anzahl Wochenstunden: _____ Stundenzahl insgesamt (ca.): _____
Dauer von _____ bis _____

Bitte prüfen Sie meine Unterlagen (Nachweise als Kopie) auf Zulassung.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift der Bewerberin oder des Bewerbers