



Antrag auf Zulassung zur Nachholprüfung/ Wiederholungsprüfung

Ich, Frau/ Herr _____ im _____ Semester
Matrikelnummer _____
E-Mail-Adresse _____ Telefonnummer _____

Studentin/ Student der Katholischen Stiftungshochschule München, beantrage die Zulassung zur: (bitte ankreuzen)

Wiederholungsprüfung **Nachholprüfung**

- | | | |
|--------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> | 1.1 | Erkenntnistheorien |
| <input type="checkbox"/> | 1.2 | Erhebungs- und Auswertungsmethoden I |
| <input type="checkbox"/> | 2.1 | Ethik |
| <input type="checkbox"/> | 6.1 | Praxisvernetzung 1: Grundlagen |
| <input type="checkbox"/> | 1.3 | Erhebungs- und Auswertungsmethoden II |
| <input type="checkbox"/> | 3.1 | Versorgungs- und Gesundheitssystemforschung |
| <input type="checkbox"/> | 4 | Management und Recht |
| <input type="checkbox"/> | 6.2 | Praxisvernetzung 2: Forschungsprozess und Independent Study |
| <input type="checkbox"/> | 3.2 | Technische Innovationen und E-Health |
| <input type="checkbox"/> | 3.3 | Regionaldifferenzierte Versorgungsbedarfe und -konzepte |
| <input type="checkbox"/> | 3.4 | Altersdifferenzierte Versorgungsbedarfe und -konzepte |
| <input type="checkbox"/> | 1.4 | Versorgungs- und Implementationswissenschaft |
| <input type="checkbox"/> | 7 | Masterarbeit |

Datum

Unterschrift Studentin/ Student