

Eingangsstempel

--

Institut für Medizinische Biometrie  
Universität Heidelberg  
Marsilius-Arkaden, Turm West  
Im Neuenheimer Feld 130.3  
69120 Heidelberg

**Antrag auf Zulassung zum Wintersemester 2025/2026  
für das weiterbildende Studienprogramm**

**Medical Data Science**

Bewerbungsfrist: 15.06.2025

**Angaben zur Person**

(alle Felder sind auszufüllen)

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Geschlecht	Staatsangehörigkeit	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Ort, Land	
Telefon privat	Telefon geschäftlich	Telefon mobil	
E-Mail			

**Angaben zum Hochschulabschluss:**

(unbedingt Nachweise beifügen, Zeugnisse in unbeglaubigter Kopie)

Ich habe einen Hochschulabschluss im Studiengang

- Biostatistik (mind. 6semestriges Bachelor-Studium oder Diplom)
- Statistik (mind. 6semestriges Bachelor-Studium oder Diplom)
- Medizin (mit Nachweis der Vertiefung in Statistik\*)
- Mathematik (mit Nachweis der Vertiefung in Statistik \*, mind. 6semestriges Bachelor-Studium oder Diplom)
- Psychologie (mit Nachweis der Vertiefung in Statistik\*)
- \_\_\_\_\_ (mit Nachweis der Vertiefung in Statistik\*, mind. 6semestriges Bachelor-Studium oder Diplom)

Abschluss	Durchschnittsnote
-----------	-------------------

\* Nachweis der Vertiefung in Statistik liegt bei

ja

beigelegte Bescheinigungen\*\* : \_\_\_\_\_

---

(\*\* Diese geben Aufschluss über Art, Umfang, Inhalte der Veranstaltung.)

**Angaben zu Weiterbildungen:**

Ich habe einen weiteren Abschluss im Studiengang

---

## Angaben zu Berufstätigkeit/Berufsausbildung/praktischen Tätigkeiten

Ich bin z.Zt. berufstätig

ja

als
Arbeitgeber (Firma/Institution)

nein

### Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- Kopie des Prüfungszeugnisses des Studiums
- Lebenslauf

*Mediziner, Mathematiker, Psychologen, Sonstige (außer Biostatistiker/Statistiker):*

- Nachweis der Vertiefung in Statistik

## Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben in einer Datenverarbeitungsanlage gemäß [Art. 6 Abs. 1 lit b. DSGVO](#) gespeichert werden. Die Daten dienen der organisatorischen Abwicklung des Studiengangs und statistischen Zwecken. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich habe die [Datenschutzerklärung gelesen](#) und akzeptiere diese.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

---

### Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Institut für Medizinische Biometrie  
Im Neuenheimer Feld 130.3  
69120 Heidelberg  
Tel. 06221-56 4141  
[sek@imbi.uni-heidelberg.de](mailto:sek@imbi.uni-heidelberg.de)

### Datenschutzbeauftragte des Universitätsklinikums Heidelberg

Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 672  
69120 Heidelberg  
Tel. 06221-56 7036  
[Datenschutz@med.uni-heidelberg.de](mailto:Datenschutz@med.uni-heidelberg.de)