

Aus der Klinik / Poliklinik für ....(Name der Einrichtung)  
oder Aus dem Institut für ....(Name der Einrichtung)  
Direktor: Frau / Herr Prof. Dr. ....

---

(Titel der Promotionsarbeit)

# **D i s s e r t a t i o n s s c h r i f t**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae dentariae (Dr. med. dent.)

vorgelegt

der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus

der Technischen Universität Dresden

von

(evtl. akad. Grad, Vorname, Familienname)

aus (Geburtsort)

Dresden, Jahr (der Einreichung in der Fakultät)

1. Gutachter:

2. Gutachter:

Tag der mündlichen Prüfung (Verteidigungstermin):

gez.: \_\_\_\_\_

Vorsitzender der Promotionskommission

Anmerkung:

Die Eintragung der Gutachter und des Verteidigungstermins erfolgt nach Festlegung von Seiten der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der TU Dresden. Sie wird durch die Promovenden nach der Verteidigung zwecks Übergabe der fünf Pflichtexemplare an die Zweigbibliothek Medizin in gedruckter Form oder handschriftlich vorgenommen.