

**Medizinischen Fakultät der  
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg**

**Titel der Dissertation**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin (Dr. med.)

Doktor der Zahnmedizin (Dr. med. dent.)

bzw. Doktor der Medizinischen Wissenschaften (Dr. rer. medic.) in der  
Fachrichtung ... *(nur bei Dr. rer. medic.)*

von *(sämtliche Vornamen und Namen)*

geboren am ..... in.....

Betreuer\*in:

Gutachter\*innen:

- *Gutachter\*innen werden erst bei Abgabe der Pflichtexemplare eingetragen.*
- *Bei auswärtigen Gutachter\*innen wird mit einem Komma abgetrennt der Ort angegeben.*

*(Datum der Eröffnung als Zahlenangabe; wird erst bei Abgabe der Pflichtexemplare angegeben)*

*(Datum der Verteidigung als Zahlenangabe; wird erst bei Abgabe der Pflichtexemplare angegeben)*