

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für Allgemeinpharmazie

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Antragsteller/in:	
Mitgliedsnummer:	
Apotheke:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort	
Telefon:	
E-Mail:	

Antragsberechtigt ist die Apothekenleiterin bzw. der Apothekenleiter.

Die Zulassung wird auf sechs Jahre befristet und mit dem Vorbehalt des Widerrufs erteilt. Nach Ablauf der sechs Jahre ist eine erneute Antragstellung erforderlich. Die Zulassung wird widerrufen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Führung und Struktur der Apotheke

<input type="checkbox"/>	Die Apotheke befindet sich in einem ordnungsgemäß geführten Zustand. Beanstandungen größerer Tragweite wurden nicht festgestellt.
<input type="checkbox"/>	In der Apotheke können alle Tätigkeiten, die in der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Nordrhein und der Richtlinie zur Durchführung der Weiterbildung aufgeführt sind, verrichtet werden.

Derzeit sind in der Apotheke beschäftigt:

<input type="checkbox"/>	Apotheker/ Apothekerin	<input type="checkbox"/>	PTA
<input type="checkbox"/>	Apotheker/ Apothekerin in Weiterbildung	<input type="checkbox"/>	PTA-Praktikant/Praktikantin
<input type="checkbox"/>	Pharmazeut/Pharmazeutin im Praktikum	<input type="checkbox"/>	Sonstige

Sonstiges

<input type="checkbox"/>	Die in der Apotheke verfügbare Literatur, die für die Weiterbildung von Bedeutung ist, geht über den in der Apothekenbetriebsordnung festgelegten Mindestumfang hinaus und wird auf aktuellem Stand gehalten.
<input type="checkbox"/>	Wissenschaftliche Informationen können auch mit Hilfe EDV-gestützter Systeme zugänglich gemacht werden. Die Apotheke verfügt über ein Programm zur pharmazeutischen Betreuung der Patienten.
<input type="checkbox"/>	Der/Dem Weiterzubildenden steht für die Dokumentation im Rahmen der Weiterbildung ein Arbeitsplatz zur Verfügung.
<input type="checkbox"/>	In der Apotheke werden regelmäßig Arzneimittel hergestellt.

Weitergabe von Daten

<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Zulassung der Apotheke als Weiterbildungsstätte an den zuständigen Amtsapotheker weitergeleitet werden.
<input type="checkbox"/>	Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und die Kontaktdaten der Apotheke als zugelassene Weiterbildungsstätte auf der Homepage der Apothekerkammer veröffentlicht werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, bei Änderung oder Wegfall einer dieser Voraussetzungen die Apothekerkammer Nordrhein (Abteilung Weiterbildung und QMS) zu informieren.

Die Apothekerkammer Nordrhein behält sich vor, einzelne Angaben konkret nachzuprüfen.

Datum	Unterschrift	Apothekenstempel

Apothekerkammer Nordrhein
Abteilung Weiterbildung und QMS
Poststr. 4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8388140
E-Mail: wb@aknr.de