

Anlage 2

Erwerb des freiwilligen Fortbildungszertifikats der Apothekerkammer Nordrhein

Dokumentation des Selbststudiums

Nachweiszeitraum: von: _____ bis: _____

Name, Vorname _____

Straße, PLZ, Ort _____

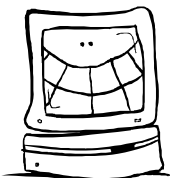
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Durchführung von _____ weiteren Fortbildungseinheiten (à 45 Minuten) im Rahmen des Selbststudiums. (Lesen der Fachliteratur, regelmäßige pharmazeutische Fachgespräche, Fortbildung über das Internet, CD-ROM und Video).

Folgende Zeitschriften wurden regelmäßig gelesen:



- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PZ | <input type="checkbox"/> PZ Prisma |
| <input type="checkbox"/> DAZ | <input type="checkbox"/> Arzneimitteltelegramm |
| <input type="checkbox"/> Med. Monatszeitschrift | <input type="checkbox"/> Arzneimittelbrief |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsumschau | <input type="checkbox"/> Weitere |

Folgende weitere Fortbildungsmaßnahmen wurden durchgeführt:



- über das Internet
- mittels oder per CD-ROM
- mittels oder per Video

Ort/Datum

Unterschrift

Bitte Formblatt bei Bedarf kopieren!