

Anmeldeformular zum /zur

- Voraudit
- Zwischenaudit
- Zertifizierungsverfahren
- Re-Zertifizierungsverfahren
- Gruppensertifizierung
- Gruppen-Re-Zertifizierung

der Apothekerkammer Nordrhein unter Berücksichtigung der BAK QM-Mustersatzung und der BAK QM-Leitlinien

(Bitte Unzutreffendes streichen, in Druckbuchstaben ausfüllen und bei Gruppensertifizierung auch die Rückseite beachten und ebenfalls ausfüllen!)

BAK-QM-Zertifikat:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Name der (Haupt) Apotheke bzw. Stempel:	
Apothekenleitung:	
QMB:	
Straße:	
Ort:	
Telefon:	
Telefax:	
Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Homepage:	
Falls gewünscht, Angabe eines zusätzlichen Geltungsbereiches auf der Urkunde (z.B. Zytostatikaherstellung, Heimversorgung, Hilfsmittelversorgung, Krankenhausversorgung)	
Die DIN ISO 9001:2008 gilt branchenübergreifend und beinhaltet auch Anforderungen für Firmen mit einer eigenen Entwicklungsabteilung (Forschung). Betriebe ohne Entwicklungsabteilung können diesen Prüfbereich aus der Zertifizierung ausschließen, was für Apotheken in der Regel sinnvoll ist.	<input type="checkbox"/> Ausschluss von Entwicklungsleistung (DIN ISO 9001:2008, Ziffer 7.3 – 7.3.7) <input type="checkbox"/> Wir verfügen über eine eigene Entwicklungsabteilung und möchten diese Leistung mit zertifizieren lassen.
Alle Prozesse werden einmal jährlich auditiert. -Protokolle liegen vor-	
Eine Managementbewertung wird mind. 1 x jährlich vorgenommen. -Protokoll(e) liegt / liegen vor-	
Eine Anmeldung zum Ringversuch "Rezeptur" liegt vor oder eine Teilnahme in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Eine Anmeldung zum Ringversuch "Blutuntersuchung" liegt vor oder eine Teilnahme in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> befreit
Eine Anmeldung zum Pseudo Customer liegt vor oder eine Teilnahme in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum:

Unterschrift:

Die Anmeldung zur GruppENZertifizierung gilt für folgende Filialapotheken, die alle nach dem gleichen Handbuch arbeiten:

Name Anschrift der Apotheke, ggfs. Stempel	Filialleitung: QMB:
Telefon: Fax: E-Mail:	Rezepturanfertigung <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke Blutuntersuchungen <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke

Name Anschrift der Apotheke, ggfs. Stempel	Filialleitung: QMB:
Telefon: Fax: E-Mail:	Rezepturanfertigung <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke Blutuntersuchungen <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke

Name Anschrift der Apotheke, ggfs. Stempel	Filialleitung: QMB:
Telefon: Fax: E-Mail:	Rezepturanfertigung <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke Blutuntersuchungen <input type="checkbox"/> in der Filialapotheke <input type="checkbox"/> nur in der Hauptapotheke