

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für das Gebiet *Arzneimittelinformation*

Erstantrag

Verlängerungsantrag Die bisherige Zulassung galt vom: _____ bis _____

Antragsteller/in:	_____
Mitglieds-Nr. Apothekerkammer Nordrhein:	_____
Apotheke / Einrichtung:	_____
Straße:	_____
PLZ/Ort:	_____
Tel. dienstl.:	_____
Fax. dienstl.:	_____
E-Mail:	_____
Tel. privat:	_____

Antragsberechtigt ist der/die Inhaber/in der Einrichtung:

- Die Zulassung wird in der Regel auf sechs Jahre befristet erteilt; eine kürzere Zulassung ist insbesondere dann möglich, wenn die Weiterbildungsstätte offenkundig nur für eine bestimmte Zeit betrieben werden soll oder kann.
- Die Zulassung wird mit dem Vorbehalt des Widerrufs erteilt.
- Die Zulassung wird widerrufen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Eine Zulassung wird erteilt, wenn der/die Antragstellerin die folgenden Voraussetzungen erfüllt

1. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in seiner/ihrer Einrichtung wesentliche durch das Weiterbildungsziel vorgegebene theoretische und praktische Leistungen hauptberuflich erbracht werden können. Die jeweils anerkennungsfähige Weiterbildungszeit richtet sich nach dem Umfang der vermittelten Weiterbildungsziele. ja nein

2. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass Datenbanken aus den Bereichen Medizin und Pharmakologie/Toxikologie zugänglich sind. ja nein Wenn ja, welche:

1.	_____
2.	_____
3.	_____
4.	_____
5.	_____

3. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass mindestens sieben aktuelle Periodika bezogen werden:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

4. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass außerdem aktuelle wissenschaftliche Publikationen aus den Bereichen Medizin, Pharmakologie, Biopharmazie, Arzneimittelrecht und Kommunikationstechnik vorhanden sind. ja nein Wenn ja, welche:

1.
2.
3.

5. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass, wenn einzelne in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziele für das Gebiet „Arzneimittelinformation“ beschriebene Fertigkeiten in der beantragten Weiterbildungsstätte nicht oder nicht angemessen vermittelt werden können, jegliche Unterstützung für besondere Maßnahmen, die zur Erreichung des Weiterbildungszieles geeignet sind (wie z. B. Weiterbildungspraktika), zu gewähren. ja nein

6. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass ggf. ein/e zur Weiterbildung ermächtigte/r Apotheker/in gleichzeitig höchstens zwei Apotheker/innen weiterbildet wird, unabhängig davon, ob vor Ort an der Weiterbildungsstätte oder im Rahmen der Verbundweiterbildung. In begründeten Ausnahmefällen kann von diesem Erfordernis mit Zustimmung der Apothekerkammer Nordrhein abgesehen werden. ja nein

Zusatzinformationen:

In der Einrichtung ist ein/e Fachapotheker/in für Arzneimittelinformation tätig.

ja nein Wenn ja, bitte den Namen angeben: _____

In der Einrichtung ist ein/e Weiterzubildende/r tätig.

ja nein Wenn ja, bitte den Namen angeben: _____

Ort, Datum

Stempel

Unterschrift

Der/die Antragsteller/in versichert mit seiner/ihrer Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und verpflichtet sich, bei Wegfall einer dieser Voraussetzungen die Apothekerkammer Nordrhein (Geschäftsbereich Weiterbildung / Qualitätssicherung) umgehend zu informieren.

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

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Nordrhein, Geschäftsbereich Weiterbildung / Qualitätssicherung, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, zu richten, Telefon: 0211/8388-140, Fax: 0211/8388-222.