

## Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für das Gebiet *Allgemeinpharmazie*

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Antragsteller/in:	_____
Mitgliedsnummer:	_____
Apotheke:	_____
Straße:	_____
PLZ/Ort:	_____
Telefon:	_____
Fax:	_____
E-Mail:	_____

- Antragsberechtigt ist der/die Leiter/in der Apotheke.
- Die Zulassung wird in der Regel auf sechs Jahre befristet erteilt; eine kürzere Zulassung ist insbesondere dann möglich, wenn die Apotheke 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 Antragsteller/in die folgenden Voraussetzungen erfüllt:

1. Eine Zulassung wird erteilt, wenn die Apothekerkammer Unterlagen über die Apotheke eingesehen hat und keine Bedenken gegen die Zulassung im Hinblick auf die Anforderungen nach § 46 Abs. 6 HeilBerG zu erheben sind.
2. Eine Zulassung wird erteilt, wenn der/die Antragsteller/in folgende Voraussetzungen erfüllt:
  - a) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass alle theoretischen und praktischen Leistungen, die in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziel enthalten sind, in der Apotheke hauptberuflich verrichtet werden können.  
  
ja  nein
  - b) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass mindestens fünf aktuelle Periodika (z.B. Deutsche Apothekerzeitung, Pharmazeutische Zeitung, Stoffliste, Arzneimitteltelegramm, Arzneimittelbrief, Arzneistoffprofile etc.) bezogen werden (siehe Anhang Literaturliste)  
  
ja  nein

c) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass weit über die Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung (ApoBetrO) hinausgehende Fachliteratur in der Apotheke vorhanden ist und erklärt, dass diese auf aktuellem Stand gehalten wird (siehe Anhang Literaturliste)

ja  nein

d) Der/die Antragsteller/in weist – anhand einer Kopie des Wartungsvertrags mit einem Softwarehaus – nach, dass in der beantragten Weiterbildungsstätte wissenschaftliche Informationen auch mit Hilfe EDV-gesteuerter Systeme zugänglich gemacht werden können (ABDA-Datenbank verpflichtend)

ja  nein

e) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in der Apotheke regelmäßig Arzneimittel hergestellt werden

ja  nein

f) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass es möglich ist, regelmäßig insbesondere pharmazeutisches Personal auszubilden

ja  nein

g) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in der Apotheke neben der/dem Weiterzubildenden mindestens eine weitere zur Ausübung pharmazeutischer Tätigkeiten befugte Person mit anerkannter abgeschlossener Berufsausbildung während der allgemeinen Öffnungszeiten in der beantragten Weiterbildungsstätte ganzzeitig sein wird.

ja  nein

Approbierte/r (Leiter/in und /oder Angestellte/r): \_\_\_\_\_

Apothekerassistent/in, Pharmaziepraktikant/in

Pharmazieingenieur/in: \_\_\_\_\_

PTA: \_\_\_\_\_

h) Der/die Antragsteller/in erklärt, dass 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 Einzelfällen kann von diesem Erfordernis mit Zustimmung der Apothekerkammer Nordrhein abgesehen werden

ja  nein

**Zusatzinformation:**

In der Apotheke ist ein/e Fachapotheker/in für Allgemeinpharmazie tätig.

ja  nein

Wenn ja, bitte Namen angeben: \_\_\_\_\_

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

ja  nein

Wenn ja, bitte Namen angeben: \_\_\_\_\_

**Weitergabe von Daten**

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten im Zusammenhang mit der Zulassung der Apotheke als Weiterbildungsstätte an den zuständigen Amtsapotheker weitergeleitet werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten auf der Homepage der Apothekerkammer Nordrhein bis auf Widerruf veröffentlicht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel

\_\_\_\_\_  
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) umgehend zu informieren.

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

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Nordrhein, Geschäftsbereich Weiterbildung, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, zu richten. (Tel.: 0211/8388-140, Fax: 0211/8388-240).