per E-Mail: **s.kuepping@aknr.de**

Apothekerkammer Nordrhein
KdöR
Abt. AMTS/ATHINA
Poststr. 4
40213 Düsseldorf

Verbindliche Anmeldung zu einem Team Coaching „Medikationsanalyse“

Name der Apotheke: _____

Apothekenleiter/in: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Gewünschtes Thema

_____

Anmerkung: Sie können ein allgemeines Coaching mit Tipps und Tricks für die Implementierung der Medikationsanalyse in Ihrer Apotheke buchen. Ebenso können Sie einen konkreten fachlichen Schwerpunkt angeben. Der Coach führt dann gemeinsam mit Ihnen eine hierauf ausgerichtete Medikationsanalyse durch.

Online (1,5 Std.) ☐
Präsenz (2 Std.) ☐

gewünschtes Zeitfenster	**mögliche Wochentage** (Planungsvorlauf 4 – 6 Wochen)
10.00 – 11.30 Uhr / 12.00 Uhr*	☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
14.00 – 15.30 Uhr / 16.00 Uhr*	☐ Di ☐ Mi ☐ Do ☐ Fr
18.30 – 20.00 Uhr / 20.30 Uhr*	☐ Di ☐ Mi ☐ Do
20.00 – 21.30 Uhr / 22.00 Uhr*	☐ Di ☐ Mi ☐ Do
alternative Uhrzeit	……

*(Online 1,5 Std., Präsenz 2 Std.)

Sobald der Termin zwischen der Apotheke und dem Coach vereinbart wurde, erhalten Sie für Ihre Apotheke eine Terminbestätigung und eine Rechnung über 285 Euro (im Falle eines Online Coachings) bzw. 580 Euro (im Falle eines Präsenz Coachings in der Apotheke vor Ort).

_____ _____
Ort, Datum Stempel/Unterschrift Apothekenleiter/in

per E-Mail: s.kuepping@aknr.de

Apothekerkammer Nordrhein
KdöR
Abt. AMTS/ATHINA
Poststr. 4
40213 Düsseldorf

Verbindliche Anmeldung zu einem Team-Coaching „Medikationsanalyse“
Alle Teilnehmenden müssen bei der Apothekerkammer Nordrhein für Fortbildungen registriert sein.

Apotheke: _____

Teilnehmende:

Titel	Name	Vorname	Beruf