

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für das Gebiet *Klinische Chemie*

Erstantrag

Verlängerungsantrag

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

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 Antragsteller/in folgende Voraussetzungen erfüllt:

1. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in der Einrichtung wesentliche durch das Weiterbildungsziel vorgegebene theoretische und praktische Leistungen hauptberuflich erbracht werden können.
ja nein
2. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass in personeller, räumlicher und apparativer Hinsicht die Weiterbildungsstätte so ausgestattet ist, dass sie den Anforderungen der Weiterbildungsordnung in angemessenem Umfang entspricht. Soweit Prüfungen nach standardisierten Methoden durchgeführt werden müssen, muss die apparative Ausstattung diesen Richtlinien entsprechen.
ja nein
3. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass ausreichend Fachliteratur in der Einrichtung vorhanden ist, aus der die erforderlichen theoretischen Grundlagen während der Weiterbildungszeit vermittelt werden können und diese auf dem aktuellen Stand gehalten wird.
ja nein

4. Der/die Antragsteller/in erklärt, dass, wenn einzelne in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziele für das Gebiet *Klinische Chemie* beschriebene Fertigkeiten in der beantragten Weiterbildungsstätte nicht oder nicht angemessen vermittelt werden können, jegliche Unterstützung für Maßnahmen, die zur Erreichung des Weiterbildungsziels geeignet sind (wie z. B. Weiterbildungspraktika), zu gewähren.
ja nein
5. 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 oder im Rahmen der Verbundweiterbildung. In begründeten Einzelfällen kann von diesem Erfordernis mit Zustimmung der Apothekerkammer Nordrhein abgesehen werden.
ja nein

Zusatzinformationen:

In der Einrichtung ist ein/e Fachapotheker/in für Klinische Chemie 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 (Weiterbildung / Qualitätssicherung) umgehend zu informieren.

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

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Nordrhein, Weiterbildung / Qualitätssicherung, Poststr. 4, 40213 Düsseldorf, zu richten, Telefon: 0211/8388-140, E-Mail-Adresse: wb@aknr.de