

Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte für Medikationsmanagement im Krankenhaus

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Antragsteller/in:	
Mitgliedsnummer:	
Apotheke:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort	
Telefon:	
E-Mail:	

Antragsberechtigt ist die Apothekenleiterin / der Apothekenleiter bzw. die Leiterin / der Leiter der antragstellenden Einrichtung. Voraussetzung ist, dass es sich bei der antragstellenden Einrichtung um ein Krankenhaus bzw. eine Krankenhausapotheke oder eine krankenhausversorgende öffentliche Apotheke handelt.

Die Zulassung wird auf sechs Jahre befristet und mit dem Vorbehalt des Widerrufs erteilt. Nach Ablauf der sechs Jahre ist eine erneute Antragstellung erforderlich. Die Zulassung wird widerrufen, wenn die Zulassungsvoraussetzungen nicht mehr gegeben sind.

Eine Zulassung wird erteilt, wenn in der Einrichtung, für die die Zulassung beantragt wird, die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

Die Weiterzubildenden bekommen die Möglichkeit, die Aufgaben gemäß der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Nordrhein und den Richtlinien zur Durchführung der Weiterbildung Medikationsmanagement im Krankenhaus im vorgeschriebenen Ausmaß zu erfüllen. Im Einzelnen sind dies:

- 150 Stunden klinisch-pharmazeutische Tätigkeit auf Station(en) im Krankenhaus (durchschnittlich 4 Std./Wo)
- Bearbeitung von Patientenfällen aus verschiedenen Fachrichtungen gemäß den Richtlinien zur Durchführung der Weiterbildung Medikationsmanagement im Krankenhaus

Hierzu zählen mindestens folgende Fachrichtungen:

- | | | | | |
|--|--------------------------|---------|--------------------------|---------------|
| Infektiologie | <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Kardiologie | <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Intensivmedizin | <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| Geriatric | <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |
| und mindestens eine weitere Fachrichtung | <input type="checkbox"/> | möglich | <input type="checkbox"/> | nicht möglich |

Zusätzlich möglich sind folgende Fachrichtungen:

- Innere Medizin
- Pädiatrie
- Palliativmedizin
- Chirurgie
- Neurologie
- Seltene Erkrankungen
- Sonstige: _____

Die Weiterbildungsstätte erklärt sich dazu bereit, Hospitationen für Weiterzubildende aus anderen Einrichtungen anzubieten. Ja Nein

Weitergabe von Daten

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und die Kontaktdaten der Apotheke als zugelassene Weiterbildungsstätte auf der Homepage der Apothekerkammer Nordrhein veröffentlicht werden.

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, bei Änderung oder Wegfall einer dieser Voraussetzungen, die Apothekerkammer Nordrhein (Abteilung Weiterbildung und QMS) zu informieren.

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

Ort, Datum

Unterschrift

Apothekerkammer Nordrhein
Abteilung Weiterbildung und QMS
Poststr. 4
40213 Düsseldorf
Telefon: 0211 8388140
E-Mail: wb@aknr.de

