

**Bestätigung des Arbeitgebers für Weiterzubildende im Bereich
Medikationsmanagement im Krankenhaus, die nicht Mitglied der
Apothekerkammer Nordrhein sind**

Krankenhaus, Krankenhaus-Apotheke, Krankenhausversorgende Apotheke:	
Ansprechpartner:	
Apotheke:	
Straße:	
Postleitzahl, Ort	
Telefon:	
E-Mail:	

Die Weiterzubildende / der Weiterzubildende _____
ist derzeit in unsere Einrichtung fest angestellt.

Die Einrichtung ist durch folgende Apothekerkammer: _____
als Weiterbildungsstätte für Klinische Pharmazie zugelassen.

Ja Nein

Die Weiterzubildenden / der Weiterzubildende hat während seiner Tätigkeit in unserer Einrichtung 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: _____

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 (Apothekenleiter/in bzw. Leiter/in der Einrichtung)

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