

**Antrag auf Zulassung als Weiterbildungsstätte  
für den Bereich *Onkologische Pharmazie***

Erstantrag

Verlängerungsantrag

Antragsteller/in:	_____
Mitgliedsnr.:	_____
Apothekerkammer Nordrhein	_____
Apotheke/Einrichtung:	_____
Strasse:	_____
PLZ/Ort:	_____
Tel. dienstl.:	_____
Fax dienstl.:	_____
E-Mail:	_____

Hiermit beantrage ich die Zulassung der o.g. Apotheke/Einrichtung als Weiterbildungsstätte für den Bereich *Onkologische Pharmazie*. Ich erkläre, dass in meiner Apotheke/Einrichtung die Richtlinie "Herstellung applikationsfertiger Zytostatikalösungen in Apotheken" (Wilson, Blanke: Apotheken- und Arzneimittelrecht, Landesausgabe Nordrhein-Westfalen, Bg6, IV) eingehalten wird.

1. Folgende Personen sind in der Apotheke/Einrichtung mit der Herstellung von Zytostatika beschäftigt:

Name, Vorname	Beruf	Durchschnittliche Arbeitszeit pro Woche für Zytostatika-Herstellung

2. Die Anzahl der Herstellungen pro Monat beträgt durchschnittlich ca.

- < 10
- 10 – 50
- 50 – 100
- > 100

3. Nachfolgend nenne ich die fünf am häufigsten von uns hergestellten Zytostatika-Zubereitungen (mit Angabe der Wirkstoffe):

1.
2.
3.
4.
5.

4. Dem Antrag ist eine Kopie der arbeitsplatzbezogenen Betriebsanweisung nach § 14 Gefahrstoffverordnung (Unterrichtung und Unterweisung der Beschäftigten) beigefügt.

5. Die für die Zytostatika-Herstellung genutzten Räume und ihre Ausstattung können wie folgt beschrieben werden (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die Herstellung erfolgt in einem abgetrennten Raum, der eine aseptische Arbeitsweise ermöglicht.

Der Herstellungsraum kann nur durch eine Schleuse betreten werden.

Eine Zytostatikawerkbank (Typ \_\_\_\_\_ nach DIN \_\_\_\_\_) ist vorhanden.

Die Werkbank wird mindestens jährlich gewartet.   
Eine Kopie des letzten Prüfungsprotokolls liegt diesem Antrag bei.

Eine Fort- oder Umlaufanlage ist vorhanden.

Eine Belüftungsanlage ist vorhanden.

6. Die persönliche Schutzausrüstung für die Herstellung der Zytostatika und die Reinigung der Werkbank besteht aus:

---

---

---

---

---

---

7. Die aseptische Arbeitsweise bei der Zytostatika-Herstellung wird wie folgt regelmäßig überprüft (Validierung):

---

---

---

---

---

---

8. Diesem Antrag füge ich als Anlage die Kopie einer Herstellungsvorschrift sowie einer anonymisierten Herstellungsdocumentation eines bei uns häufig hergestellten Zytostatikums bei.

9. Der Umgang mit Zytostatika-kontaminierten Abfällen ist wie folgt geregelt (bitte auch Entsorgungsbetrieb angeben):

---

---

---

---

---

---

---

10. Unser Dekontaminationsset setzt sich wie folgt zusammen:

---

---

---

---

---

---

---

Ich versichere mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der Angaben und verpflichte mich, bei Änderungen die Apothekerkammer Nordrhein Geschäftsbereich Weiterbildung/Qualitätssicherung umgehend zu informieren.

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

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

\_\_\_\_\_  
Apothekenstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

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