

**Antrag auf Zulassung meiner Apotheke/Einrichtung als Weiterbildungsstätte
für das Gebiet „Pharmazeutische Analytik“**

Antragsteller/In:

Apotheke:

Straße:

Ort:

Hiermit beantrage ich die Zulassung meiner o.a. Apotheke/Einrichtung als Weiterbildungsstätte in dem Gebiet „**Pharmazeutische Analytik**“.

1. Ich habe das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung „Fachapotheker/In für Pharmazeutische Analytik“ erworben
 ja nein

2. Ich habe die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Pharmazeutische Analytik“ erhalten.
 ja nein

3. In der Apotheke/Einrichtung können wesentliche durch das Weiterbildungsziel (s. Weiterbildungsordnung) vorgegebene theoretische und praktische Leistungen für das Gebiet „Pharmazeutische Analytik“ erbracht werden.
 ja teilweise

4. Ich erkläre, dass die Apotheke/Einrichtung in apparativer Hinsicht so ausgestattet ist, dass sie den Anforderungen der Weiterbildungsordnung in angemessenem Umfang entspricht. Folgende instrumentelle Verfahren werden angewandt:
 - a) Chromatographische Verfahren, z.B. DC, HPLC, GC, elektrophoretische Verfahren, Beurteilung der Detektoren und MS-Kopplungstechniken
 ja nein

 - b) Spektrometrische Verfahren, z.B. UV/VIS-, IR-, NIR-, NMR-Spektrometrie, Atomspektrometrie, Polarimetrie und Massenspektrometrie
 ja nein

 - c) Elektrometrische Verfahren, z.B. Voltammetrie, Polarographie; Potentiometrie, Amperometrie, Voltmetrie sowie Konduktometrie
 ja nein

d) Andere Verfahren zur Bestimmung physikalischer, chemischer und pharmazeutisch-technologischer Eigenschaften, z.B. Korngrößenverteilung, Fließ-, Schütt-, Kompaktier- und Zerfallseigenschaften, Friabilität, Härte, partikuläre Verunreinigungen sowie thermische Verfahren.

ja nein

5. In der Apotheke/Einrichtung wird die Prüfung von Wirkstoffen oder Arzneiformen nach allgemein anerkanntem Stand von Wissenschaft und Technik durchgeführt:

ja nein

6. In der Weiterbildungsstätte ist ausreichend Fachliteratur vorhanden, die die erforderlichen theoretischen Grundlagen während der Weiterbildungszeit vermitteln kann. Sie ist auf aktuellem Stand.

ja nein

7. Hiermit erkläre ich, dass der Erwerb von Weiterbildungsinhalten, die in unserer Apotheke/Einrichtung nicht angemessen vermittelt werden können, diese vorzugsweise durch den Besuch von entsprechenden Weiterbildungsveranstaltungen oder Praktika ermöglicht werden.

ja nein

Ich versichere die Richtigkeit aller meiner Angaben und verpflichte mich, bei Wegfall einer dieser Voraussetzungen die Apothekerkammer Niedersachsen umgehend zu informieren.

.....
Datum

.....
Unterschrift / Stempel

Der Antrag ist an die Apothekerkammer Niedersachsen, Referat Weiterbildung, Postfach 110 952, 30103 Hannover, zu richten.