

Antrag auf Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus

gemäß § 6 der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Niedersachsen
in der jeweils aktuellen Fassung

Name, Vorname: _____

Straße: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Die Anerkennung zur Führung der Bezeichnung „Fachapotheker für Klinische Pharmazie“
habe ich mit Urkunde vom _____

von der Apothekerkammer _____ erhalten.

Ich bin für dieses Weiterbildungsgebiet ermächtigt seit _____.

Ich beabsichtige, die Weiterbildung in nachstehender Apotheke / Einrichtung durchzuführen:

Die Apotheke, in der die Weiterbildung absolviert wird, ist eine

- ☐ Krankenhausapotheke.
☐ krankenhausversorgende öffentliche Apotheke.

Ich bestätige, dass ich in dieser Apotheke / Einrichtung hauptberuflich und mit mindestens
der Hälfte der wöchentlichen Dauer der tariflich geregelten Vollzeitbeschäftigung tätig bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich
entsprechend der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Niedersachsen zu
gestalten.

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift