

■ Weiterbildung Anmeldung zur Prüfung

im Bereich Medikationsmanagement

Weiterzubildender		
	Name, Titel	Vorname
	Straße	PLZ, Ort
	Telefon	Fax
	E-Mail	
Arbeitgeber		
	Apotheke	
Weiterbildungs- ermächtigter		
	Name, Titel	Vorname
Prüfungs- unterlagen	☐ Meine Prüfungsunterlagen sind gemäß anliegender Checkliste beigelegt.	
Einverständnis	Ich bin damit einverstanden, dass mein Name nach bestandener Prüfung im Mitteilungsblatt der Apothekerkammer Niedersachsen in der Rubrik „Weiterbildung – Bestandene Prüfungen“ abgedruckt wird.	
	☐ ja ☐ nein	
Unterschrift		
	Ort, Datum	Unterschrift des Weiterzubildenden

**Checkliste der Leistungen, die bei der Anmeldung zur Prüfung im
Bereich Medikationsmanagement im Krankenhaus
gültigen Durchführungsempfehlungen nachzuweisen sind.**

Bitte die nachfolgende Liste abhaken und zur schriftlichen Anmeldung zur Prüfung als Anlage beifügen!

Ich habe die Weiterbildung im Gebiet "Klinische Pharmazie" am _____ abgeschlossen.

oder

Ich bin zur Weiterbildung im Gebiet "Klinische Pharmazie" seit dem _____ angemeldet.

Fachgespräche:

ca. 1 Seite ohne Vorblatt

Fachgespräch Nr. 1	☐
Fachgespräch Nr. 2	☐
Fachgespräch Nr. 3	☐
Fachgespräch Nr. 4	☐
Fachgespräch Nr. 5	☐
Fachgespräch Nr. 6	☐
Falldokumentationen von 10 bearbeiteten Patientenfällen	☐
Feedback des Ermächtigten zu 2 Patientenfällen nach Wahl	☐
Nachweis einer mindestens 20-stündigen Hospitation (dreitägig)	☐
Bescheinigung über eine mindestens 150-stündigen klinisch-pharmazeutischen Tätigkeit auf Station (durchschnittlich vier Stunden pro Woche)	☐
Nachweise über 100 besuchte Seminarstunden	☐
Einverständnis zur Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf dem Anmeldeformular erteilt	☐