

■ Weiterbildung Anmeldung zur Prüfung

im Bereich Onkologische Pharmazie

☐ Frühjahr _____

☐ Herbst _____

Bitte das Jahr eintragen.

Weiterzubildender	 Name, Titel Straße Telefon E-Mail		 Vorname PLZ, Ort Fax
Arbeitgeber	Apotheke		
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 Onkologie nachzuweisen sind.

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

Teilnahmebescheinigungen der Seminare 1 - 5 (100 h):

Praxisanforderungen:

1.	Beurteilung und Überprüfung von mindestens 300 Zubereitungen	☐
2.	Herstellung von mindestens 100 Zytostatika-Zubereitungen	☐
3.	Erstellung von mindestens drei Patientenprofilen nach SOAP-Schema, wovon zwei ein Beratungsgespräch mit einem Patienten umfassen müssen	☐
4.	Bearbeitung und Dokumentation von fünf ausgewählten Anfragen zur zytostatischen Therapie aus unterschiedlichen Themenbereichen inklusive Angabe der Quellen	☐
5.	Erstellung eines Patienteninformationsblattes	☐
6.	Planung und Durchführung von mindestens einer Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltung zu einem Thema der onkologischen Pharmazie	☐
Einverständnis zur Veröffentlichung meiner Kontaktdaten auf dem Anmeldeformular erteilt		☐