

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

Antragsteller/In:

Apotheke:

Straße:

Ort:

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

1. Ich habe das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung Apotheker/In für „Arzneimittelinformation“ erworben
☐ ja ☐ nein
2. Ich habe die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet „Arzneimittelinformation“ erhalten.
☐ ja ☐ nein
3. In der Apotheke/Einrichtung können die in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziel beschriebenen theoretischen und praktischen Leistungen für das Gebiet „Arzneimittelinformation“ vermittelt werden.
☐ ja ☐ teilweise
4. In der Apotheke/Einrichtung sind Datenbanken aus den Bereichen Medizin und Pharmakologie/Toxikologie zugänglich:
☐ ja, folgende ☐ nein
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
5. In der Apotheke werden mindestens sieben aktuelle Periodika bezogen:
1.....
2.....
3.....
4.....
5.....
6.....
7.....

6. Hiermit erkläre ich, dass außerdem aktuelle wissenschaftliche Standard- und Nachschlagewerke aus den Bereichen Medizin, Pharmakologie, Biopharmazie, Arzneimittelrecht und Kommunikationstechnik vorhanden sind.

☐ ja, folgende ☐ nein

1.....
2.....
3.....
4.....

7. Hiermit erkläre ich, dass, wenn einzelne in der Weiterbildungsordnung als Weiterbildungsziele für das Gebiet „Arzneimittelinformation“ beschriebene Fertigkeiten in der beantragten Weiterbildungsstätte nicht oder nicht angemessen vermittelt werden können, Unterstützung für besondere Maßnahmen, die zur Erreichung des Weiterbildungszieles geeignet sind (wie z.B. Weiterbildungspraktika), zu gewähren.

☐ ja ☐ nein

8. Hiermit erkläre ich, dass ggf. ein/e zur Weiterbildung ermächtigte/r Apotheker/in gleichzeitig höchstens zwei Apotheker/innen weiterbilden wird, unabhängig davon, ob vor Ort an der Weiterbildungsstätte oder im Rahmen der Verbundweiterbildung. In begründeten Ausnahmefällen kann von diesem Erfordernis mit Zustimmung der Apothekerkammer abgesehen 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