

**Antrag auf Zulassung der Apotheke als Weiterbildungsstätte
für das Gebiet „Klinische Pharmazie“**

Antragsteller/In:

Apotheke:

Straße:

Ort:

Hiermit beantrage ich die Zulassung der nachstehend genannten Apotheke als Weiterbildungsstätte in dem Gebiet „**Klinische Pharmazie**“.

1. ☐ Ich habe das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung
„Apotheker/In für Klinische Pharmazie“ erworben

2. ☐ Ich habe die Ermächtigung zur Weiterbildung auf dem Gebiet
„Klinische Pharmazie“ erhalten.

3. Ich erkläre, dass im Falle einer Verbundermächtigung die Apotheke mindestens eine weitere Stelle für Apotheker zur Versorgung und Betreuung der Patienten im Krankenhaus besitzt.

☐ ja

☐ nein

4. In der Apotheke können die in der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Niedersachsen und den Durchführungsempfehlungen der BAK als Weiterbildungsziel vorgegebenen theoretischen und praktischen Leistungen für das Gebiet „Klinische Pharmazie“ hauptberuflich erbracht werden.

☐ ja

☐ nein

5. In der Apotheke können Kenntnisse und Fertigkeiten in der Herstellung applikationsfertiger Parenteralia insbesondere mit CMR-Potential in angemessenem Umfang vermittelt werden. Als angemessener Umfang gilt eine Tätigkeit an mind. 10 Produktionstagen bei Bearbeitung von mind. 50 Zubereitungen.

☐ ja

☐ nein

6. Ich erkläre, dass im Falle, dass die Herstellung von Parenteralia insbesondere mit CMR-Potential **nicht möglich** ist, eine vertragliche Regelung vorliegt, die sicherstellt, dass die Weiterbildung, soweit sie sich auf diese Zubereitungen erstreckt, in einer anderen zugelassenen Weiterbildungsstätte der Klinischen Pharmazie erfolgen kann.

Name und Anschrift dieser Weiterbildungsstätte:

.....
.....
.....

7. Ich erkläre, dass im Jahr durchschnittliche wenigstens zusammen 12 Chargen von 4 Produkten einer halbfesten und wenigstens zusammen 12 Chargen von 4 Produkten einer flüssigen Arzneiform nach den anerkannten pharmazeutischen Regeln hergestellt und die Zubereitungen und deren Ausgangsstoffe in ausreichendem Umfang geprüft werden.

☐ ja

☐ nein

7.1 Angaben über die Produkte einer halbfesten Arzneiform:

.....
.....
.....

7.2 Angaben über die Produkte einer flüssigen Arzneiform:

.....
.....
.....

Im Falle, dass die Herstellung o.a. Chargen in der beantragten Einrichtung **nicht möglich** ist, ist eine vertragliche Regelung zu treffen, die sicherstellt, dass die Weiterbildung, soweit sie sich auf diese Darreichungsformen erstreckt, in einer anderen zugelassenen Weiterbildungsstätte der Klinischen Pharmazie erfolgen kann.

Name und Anschrift dieser Weiterbildungsstätte:

.....
.....
.....

8. Ich erkläre, dass Zugang zu aktuellen medizinisch-pharmazeutischen Datenbanken besteht.

☐ ja

☐ nein

9. Ich erkläre, dass über die Anforderungen der Apothekenbetriebsordnung hinausgehende Fachliteratur in der Apotheke vorhanden ist und dass diese auf aktuellem Stand gehalten wird.

☐ ja

☐ nein

10. Ich erkläre, dass für Weiterzubildende die Voraussetzung geschaffen ist, den ärztlichen und pflegerischen Bereich eines Krankenhauses intensiv kennen zu lernen.

☐ ja

☐ nein

11. Ich erkläre, dass für Weiterzubildende die Möglichkeit geschaffen ist, an Sitzungen der Arzneimittelkommission teilzunehmen.

☐ ja

☐ nein

12. Ich versichere, dass für Weiterzubildende die Voraussetzung geschaffen ist, sich an der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Krankenhauspersonal zu beteiligen.

13. Ich erkläre, dass regelmäßig **mindestens vier** der nachfolgenden Dienstleistungen erbracht werden:

13.1 Umfangreiche Herstellung im Defekturmaßstab insbesondere sterile Produkte,

13.2 Beurteilung gemischter parenteraler Zubereitungen insbesondere auf Kompatibilität,

13.3 Therapeutisches Drug-Monitoring,

13.4 Erstellung medizinischer und pharmazeutischer Literaturrecherchen an Datenbanken und deren Bewertung,

13.5 Teilnahme an Visiten,

13.6 Arzneimittelanamnese,

13.7 Beratung von Patienten und/oder Patientengruppen,

13.8 patientenbezogene Belieferung (Unit-Dose),

13.9 Auswertung von Resistenzstatistiken,

13.10 Mitarbeit an interdisziplinären Arbeitsgruppen und Kommissionen zur Erstellung von Empfehlungen insbesondere im therapeutischen Bereich,

13.11 toxikologisch-chemische Untersuchungen,

13.12 andere gleichwertige klinisch-pharmazeutische Tätigkeiten.

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

.....

.....

Datum

Unterschrift

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