

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer  
Hessen**

## 8.1 Antrag auf Akkreditierung

### Akkreditierte Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Hessen

Apotheke: \_\_\_\_\_

Straße/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail (Ansprechpartner): \_\_\_\_\_

Apothekeninhaber oder Filialleiter (zutreffendes bitte ankreuzen):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Apothekeninhaber

Filialleiter

#### **A. Der für die Ausbildung verantwortliche Apotheker hat eine wöchentliche Arbeitszeit von $\geq 20$ Stunden** (bitte ankreuzen)

Ja

Nein

#### **B. Apothekenstruktur**

B1. Wie viele Rezepturen werden in der Apotheke pro Monat im Durchschnitt hergestellt?

\_\_\_\_\_ Anforderung AAA: Rezeptur + Defektur mind. 10/Monat

B2. Wie viele Defekturen werden in der Apotheke pro Monat im Durchschnitt hergestellt?

\_\_\_\_\_ Anforderung AAA: Rezeptur + Defektur mind. 10/Monat

B3. Erfolgt die regelmäßige Teilnahme am ZL-Rezeptur-Ringversuch?

Anforderung AAA: mind. 1/Jahr

Ja

Nein

**Bitte letzte Teilnahmebescheinigung in Kopie beilegen**

Seite 1 von 3

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz- und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer  
Hessen**

B4. Erfolgt die regelmäßige Teilnahme am ZL-Ringversuch Blutuntersuchungen?  
Anforderung AAA: mind. 1/Jahr

- Ja                       Nein
- Es wird kein Screening durchgeführt  
**Bitte letzte Teilnahmebescheinigung in Kopie beilegen**

B5. Erfolgt die regelmäßige Teilnahme am Pseudo-Customer-Konzept?  
Anforderung AAA: mind. 1/Jahr

- Ja                       Nein
- Bitte letzte Teilnahmebescheinigung in Kopie beilegen**

B6. Finden in Ihrer Apotheke regelmäßig innerbetriebliche Fortbildungen statt?  
Anforderung AAA: mind. 4/Jahr

- Ja                       Nein
- Wenn ja, wie viele durchschnittlich pro Jahr? \_\_\_\_\_

B7. Besitzt Ihre Apotheke ein dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)?

- Ja                       Nein
- Bitte Inhaltsverzeichnis oder Kopie der letzten Zertifizierung beilegen**

B8. Hat der Auszubildende jederzeit Zugang zu einem Internet-Arbeitsplatz?

- Ja                       Nein

**C. Im Falle der Akkreditierung der Apotheke als „Akkreditierte Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Hessen“ verpflichtet sich der Verantwortliche, folgende Ausbildungsmaßnahmen anzubieten:**

C1. Dokumentiertes Einführungsgespräch

C2. Regelmäßige dokumentierte Fachgespräche zwischen Ausbilder und Pharmazeut im Praktikum (~ einmal pro Woche)

C3. Aufstellung eines Ausbildungsplans analog dem Musterausbildungsplan der Landesapothekerkammer Hessen

C4. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, regelmäßig an (internen/externen) Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer  
Hessen**

- C5. Der Pharmazeut im Praktikum wird freigestellt für die von der LAK Hessen zur Unterstützung der Ausbildung angebotenen Veranstaltungen (Workshops Beratungsgespräche / Interprofessioneller Workshop / Workshop für PhiP und Ausbilder u. w.).
- C6. Der Pharmazeut im Praktikum führt in meiner Apotheke den Kapselringversuch für Pharmazeuten im Praktikum durch.

**D. Weiterhin verpflichte ich mich, folgende Punkte einzuhalten:**

- D1. Der Pharmazeut im Praktikum wird mindestens gemäß Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter entlohnt.
- D2. Die Ausbildungsqualität wird mittels Fragebogen durch den Pharmazeut im Praktikum und den Ausbilder evaluiert mithilfe der AAA-Bögen.
- D3. Änderungen der in diesem Antrag gemachten Angaben werden unverzüglich der LAK Hessen mitgeteilt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Inhaber oder (Filial-)Leiter