

## **Antrag auf Akkreditierung**

### **Akkreditierte Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Hessen**

Apothekenleiter/in (Antragsteller/in): \_\_\_\_\_

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

PLZ/Ort/Straße: \_\_\_\_\_

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

Für die Ausbildung verantwortlicher Apotheker/in (Ausbilder/in)

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### **A. Qualifikation des Ausbilders:**

1. Sind Sie Fachapotheker/in?

- Allgemeinpharmazie  Ja  Nein
- Klinische Pharmazie  Ja  Nein
- Arzneimittelinformation  Ja  Nein

2. Haben Sie eine Bereichsweiterbildung absolviert?  Ja  Nein

Homöopathie und Naturheilkunde  Ernährungsberatung

Prävention und Gesundheitsförderung  Onkologische Pharmazie

Geriatrische Pharmazie

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

3. Wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_

4. Besitzen Sie ein gültiges Fortbildungszertifikat?  Ja  Nein

Zertifikat gültig bis: \_\_\_\_\_

5. Nehmen Sie regelmäßig an Treffen eines Pharmazeutischen Arbeitszirkels teil?  Ja  Nein

Wenn ja, welchen Arbeitszirkel besuchen Sie? \_\_\_\_\_

6. Haben Sie bereits Schulungen im Bereich Ausbildungs-  
didaktik besucht?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei

7. Haben Sie Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden  
oder Pharmazeuten im Praktikum?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**B. Apothekenstruktur**

1. Wie viele rechnerische Vollzeitkräfte arbeiten in Ihrer Apotheke  
(inkl. Apothekenleiter/in)?

\_\_\_\_\_

2. Ist Ihre Apotheke als Weiterbildungsstätte für Allgemein-  
pharmazie von der LAK Hessen anerkannt?  Ja  Nein

3. Wie viele Rezepturen stellen Sie pro Woche im Durchschnitt her? \_\_\_\_\_

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

4. Welche Darreichungsformen werden regelmäßig hergestellt?

- |                                       |   |                                  |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Augentropfen | <input type="checkbox"/> Suppositorien                | <input type="checkbox"/> Kapseln |
| <input type="checkbox"/> Pulver       | <input type="checkbox"/> Homöopathische Zubereitungen | <input type="checkbox"/> Tees    |
| <input type="checkbox"/> Salben       | <input type="checkbox"/> Vaginalgel/Ovula             |                                  |

Werden in Ihrer Apotheke regelmäßig Arzneimittel im Defekturmaßstab hergestellt?  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

5. Stellen Sie sterile Arzneiformen her?  Ja  Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) am ZL-Rezepturversuch teil?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei

7. Beteiligen Sie sich regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) am ZL-Blut-Ringversuch?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei

8. Nehmen Sie am Pseudo-Customer-Konzept teil?  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei

9. Finden in Ihrer Apotheke regelmäßig innerbetriebliche Fortbildungen statt?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viele pro Monat? \_\_\_\_\_

10. Verfügt Ihre Apotheke über wissenschaftliche EDV-Systeme

inkl. Module zur Pharmazeutischen Betreuung?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

11. Hat der Auszubildende jederzeit Zugang zu einem Internet-Arbeitsplatz?  Ja  Nein

12. Verfügt Ihre Apotheke über ein modernes (POS-fähiges) Warenwirtschaftssystem inkl. ABDA-Datenbank?  Ja  Nein

13. Verfügt Ihre Apotheke über ein Kundenkarten- bzw. Dokumentationssystem für Kundendaten?  Ja  Nein

14. Werden in Ihrer Apotheke regelmäßig Patienten pharmazeutisch betreut?  Ja  Nein

Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_ / welche Indikation? \_\_\_\_\_

15. Besitzt Ihre Apotheke ein dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  Ja  Nein  
Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Handbuch-Inhaltsverzeichnisses bei.

16. Besitzt Ihre Apotheke ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  Ja  Nein  
Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Zertifikats bei.

17. Führen Sie in Ihrer Apotheke regelmäßig Screening-Verfahren durch?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**C. Im Falle der Akkreditierung meiner Apotheke als „Akkreditierte Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Hessen“ verpflichte ich mich, folgende Ausbildungsmaßnahmen anzubieten:**

1. Dokumentiertes Einführungsgespräch
2. Regelmäßige dokumentierte Fachgespräche zwischen Ausbilder und Pharmazeut im Praktikum (wünschenswert einmal pro Woche)
3. Aufstellung eines Ausbildungsplans analog dem Musterausbildungsplan der Landesapothekerkammer Hessen
4. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

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

1. Der Pharmazeut im Praktikum wird gemäß Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter entlohnt.
2. Die Ausbildungsqualität wird kontinuierlich und auf Anforderung der LAK Hessen mittels Fragebogen (Pharmazeut im Praktikum) und Ausbilder evaluiert.
3. Änderungen der in diesem Antrag gemachten Angaben werden unverzüglich der LAK Hessen mitgeteilt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Apothekenleiter/in

---

Unterschrift Ausbilder/in