

## **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: \_\_\_\_\_

#### **Anmerkung:**

In der Krankenhausapotheke bilden immer mehrere Apotheker aus, da die einzelnen Abteilungen, in denen die Ausbildung durchgeführt wird, von verschiedenen Apothekern geleitet werden

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

1. Zahl der Fachapotheker/in?

- Klinische Pharmazie: \_\_\_\_\_
- Andere Gebiete \_\_\_\_\_

2. Wurden Bereichsweiterbildungen absolviert?  Ja  Nein

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung     | <input type="checkbox"/> Prävention und Gesundheitsförderung |
| <input type="checkbox"/> Onkologische Pharmazie | <input type="checkbox"/> Geriatrische Pharmazie              |
| <input type="checkbox"/> Infektiologie          |  |

3. Zahl der Apotheker mit gültigen Fortbildungszertifikaten? \_\_\_\_\_

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen  
Bereich Krankenhaus**

4. Nehmen Apotheker regelmäßig an-ADKA-Fortbildungen teil?  Ja  Nein

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

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei

6. 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 Klinische  
Pharmazie von der LAK Hessen anerkannt?  Ja  Nein

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

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: \_\_\_\_\_

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

5. Stellen Sie sterile Arzneiformen her?  Ja  Nein
6. Nimmt Ihr Team regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) am ZL-Rezepturversuch teil?  Ja  Nein
- Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen  liegt bei
7. Finden in Ihrer Apotheke regelmäßig innerbetriebliche Fortbildungen statt?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie viele pro Monat? \_\_\_\_\_
8. Verfügt Ihre Apotheke über wissenschaftliche EDV-Systeme?
- inkl. Module zur Pharmazeutischen Betreuung?  Ja  Nein
- Wenn ja, welche?  
\_\_\_\_\_
9. Hat der Auszubildende jederzeit Zugang zu einem Internet-Arbeitsplatz?  Ja  Nein
10. Verfügt Ihre Apotheke über ein modernes Warenwirtschaftssystem inkl. ABDA-Datenbank?  Ja  Nein
11. Wird von Ihrer Apotheke regelmäßig Arzneimittelanamnese durchgeführt ?  Ja  Nein
- Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_
12. Besitzt Ihre Apotheke ein dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  Ja  Nein
- Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Handbuch-Inhaltsverzeichnisses bei.
13. Besitzt Ihre Apotheke ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)?  Ja  Nein
- Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Zertifikats bei.

**Akkreditierte Ausbildungsapotheke  
der Landesapothekerkammer Hessen**

**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.

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

1. Der Pharmazeut im Praktikum wird gemäß Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter oder einem daran angelehnten Tarifvertrag 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

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