

**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 unterstreichen):

Name, Vorname: _____

A. Der für die Ausbildung verantwortliche Apotheker hat eine wöchentliche Arbeitszeit von ≥ 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