

AZ:

Mitglieds-Nr.:

Landesapothekerkammer Hessen KdöR  
Geschäftsbereich Pharmazie  
Postfach 90 06 43  
60446 Frankfurt am Main

## Anmeldung zur Weiterbildung

### Weiterbildungsbereiche

Bitte zutreffendes ankreuzen!

- Ernährungsberatung
- Geriatrische Pharmazie
- Homöopathie und Naturheilkunde
- Onkologische Pharmazie
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Infektiologie
- Medikationsmanagement im Krankenhaus

### Weiterzubildende/r

.....  
Name

.....  
Telefon

.....  
Vorname

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
PLZ / Ort

## Institution

.....  
Apotheke / Institution

.....  
ggf. Abteilung

.....  
Straße, Haus-Nr.

.....  
Telefon

.....  
PLZ / Ort

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Ermächtigter Apotheker (Klinische Pharmazie) \*

.....  
Ermächtigungszeitraum \*

\* Angabe nur für „Medikationsmanagement im Krankenhaus“ nötig

## Weiterbildungszeit

.....  
Weiterbildungsbeginn zum

.....  
wöchentliche Arbeitszeit (Std./Woche)

**Änderungen der aufgeführten Daten teile ich der Landesapothekerkammer Hessen unverzüglich mit.**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

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