

ANTRAG AUF AKKREDITIERUNG

Akademische Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

Erstantrag Verlängerungsantrag

Apothekenleiter:in (Antragsteller:in) _____

Apotheke _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Für die Ausbildung verantwortliche:r Apotheker:in (Ausbilder:in)

Name, Vorname, Titel _____

Telefon | E-Mail _____

A. Qualifikation der:des Ausbilder:in

1. Sind Sie Fachapotheker:in für Allgemeinpharmazie oder Fachapotheker:in für Klinische Pharmazie? Ja Nein
2. Haben Sie eine Bereichsweiterbildung der LAK absolviert? Ja Nein
 - Homöopathie und Naturheilkunde Ernährungsberatung Geriatrische Pharmazie
 - Prävention und Gesundheitsförderung Onkologische Pharmazie
- Wöchentliche Arbeitszeit: _____
3. Besitzen Sie ein gültiges Fortbildungszertifikat? Zertifikat gültig bis: _____ Ja Nein
4. Nehmen Sie regelmäßig an Treffen eines Pharmazeutischen Arbeitszirkels teil? Ja Nein

Wenn ja, welchen Arbeitszirkel besuchen Sie? _____
5. Haben Sie bereits Schulungen im Bereich Ausbildungsdidaktik besucht? Ja Nein

Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen liegt bei
6. Haben Sie Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden oder Pharmazeut:innen im Praktikum? Ja Nein

Wenn ja, welche _____
7. Haben Sie an der Einführungsveranstaltung der LAK teilgenommen? Ja Nein

Wird nachgereicht. Ja

B. Apothekenstruktur

1. Wie viele approbierte rechnerische Vollzeitkräfte arbeiten in Ihrer Apotheke (inkl. Apothekenleiter:in)? _____
 2. Ist Ihre Apotheke als Weiterbildungsstätte für Allgemeinpharmazie von der LAK anerkannt? Ja Nein
 3. Angaben (geschätzt) zur Kundenstruktur Ihrer Apotheke:
 - RP-Anteil (in Prozent am Gesamtumsatz): _____
 - OTC-Anteil (in Prozent am Gesamtumsatz): _____
 4. Wie viele Rezeptur Arzneimittel stellen Sie pro Woche im Durchschnitt her? _____
 5. Welche Darreichungsformen werden regelmäßig hergestellt?
 - Augentropfen Suppositorien Kapseln
 - Pulver Homöopathische Zubereitungen
 - Tees Salben Vaginalgele / -kugeln

Sonstiges: _____
- Werden in Ihrer Apotheke regelmäßig Arzneimittel im Defekturnmaßstab hergestellt? Ja Nein
- Welche: _____

6. Stellen Sie sterile Arzneiformen her? Ja Nein
7. Nimmt Ihr Team regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) am ZL-Rezepturversuch teil? Ja Nein
Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen liegt bei
8. Beteiligen Sie sich regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) am ZL-Blut-Ringversuch? Ja Nein
Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen liegt bei
9. Nehmen Sie am Pseudo-Customer-Konzept teil? Ja Nein
Wenn ja, bitte Teilnahmebescheinigung beilegen liegt bei
10. Finden in Ihrer Apotheke regelmäßig innerbetriebliche Fortbildungen statt? Ja Nein
Wenn ja, wie viele pro Monat: _____
11. Geht die in der Apotheke verfügbare Literatur über den in der Apothekenbetriebsordnung festgelegten Mindestumfang hinaus? Ja Nein
 Literaturliste liegt bei
12. Ihre Apotheke verfügt über EDV-gesteuerte wissenschaftliche Informationssysteme, z.B. ABDA-Datenbank, CAVE-Modul? Wenn ja, welche: _____ Ja Nein
13. Die:der Auszubildende hat jederzeit Zugang zu einem Internet-Arbeitsplatz? Ja Nein
14. Ihre Apotheke verfügt über ein modernes Warenwirtschaftssystem? Ja Nein
15. In Ihrer Apotheke findet das „Führen von Patient:innendaten“ statt? Ja Nein
16. In Ihrer Apotheke werden regelmäßig Patient:innen pharmazeutisch betreut? Ja Nein
Wenn ja, wie viele: _____ / welche Indikation: _____
17. Ihre Apotheke besitzt ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (QMS) Ja Nein
Wenn ja, bitte fügen Sie eine Kopie des Zertifikats bei liegt bei
18. Führen Sie in Ihrer Apotheke regelmäßig Screening-Verfahren durch? z.B. Bestimmung ... des arteriellen Blutdrucks, ... von Glucose aus kapillarem Vollblut, ... des Gesamtcholesterins aus Kapillarblut Ja Nein
Wenn ja, welche: _____
19. Nehmen Sie im Rahmen der Akademischen Ausbildungsapotheke an Forschungs- und Modellprojekten teil? Ja Nein

C. Im Falle der Akkreditierung meiner Apotheke als „Akademische Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg“ durch die LAK verpflichte ich mich, folgende Ausbildungsmaßnahmen anzubieten:

1. Dokumentiertes Einführungsgespräch
2. Regelmäßige dokumentierte Fachgespräche (Ausbilder:in – Pharmazeut:in im Praktikum) mindestens einmal pro Anwesenheitswoche
3. Aufstellung eines Ausbildungsplans analog dem Musterausbildungsplan / „Leitfaden für die praktische Ausbildung von Pharmazeuten im Praktikum in der Apotheke“ der Bundesapothekerkammer
4. Die:der Pharmazeut:in im Praktikum erhält die Möglichkeit, an den APOPRAX-Kursen der LAK regelmäßig teilzunehmen
5. Die:der Pharmazeut:in im Praktikum erhält die Möglichkeit, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen
6. Die:der Pharmazeut:in im Praktikum erhält die Möglichkeit an Forschungs- bzw. Modellprojekten teilzunehmen

D. Weiterhin verpflichte ich mich, folgende Punkte einzuhalten:

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

Datum / Ort

Unterschrift Apothekenleiter:in

Unterschrift Ausbilder:in