

# ANTRAG AUF AKKREDITIERUNG

## Akademische Ausbildungsapotheke der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg

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

Apotheke \_\_\_\_\_

PLZ / Ort / Straße \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

### Für die Ausbildung verantwortliche/r Apotheker/in (Ausbilder/in)

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Telefon | E-Mail \_\_\_\_\_

### A. Qualifikation des Ausbilders

1. Sind Sie Fachapotheker/in für Allgemeinpharmazie oder Fachapotheker/in für Klinische Pharmazie?  Ja  Nein  
Haben Sie eine Bereichsweiterbildung der LAK absolviert?  Ja  Nein
2.  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
5. Wenn ja, welchen Arbeitszirkel besuchen Sie? \_\_\_\_\_
6. Haben Sie bereits Schulungen im Bereich Ausbildungsdidaktik 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 \_\_\_\_\_
8. 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 Rezepturarztmittel 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 Defekturmaßstab 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? Siehe beiliegende Literaturliste  Ja  Nein
12. Ihre Apotheke verfügt über EDV-gesteuerte wissenschaftliche Informationssysteme, z.B. ABDA-Datenbank, CAVE-Modul? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
13. 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 Patientendaten“ statt?  Ja  Nein
16. In Ihrer Apotheke werden regelmäßig Patienten 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 – Pharmazeut 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. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, an den APOPRACT-Kursen der LAK regelmäßig teilzunehmen
5. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen
6. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit an Forschungs- bzw. Modellprojekten teilzunehmen

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

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

---

Datum / Ort

---

Unterschrift Apothekenleiter/in

---

Unterschrift Ausbilder/in