

Landesapothekerkammer  
Baden-Württemberg  
Zentrale Mitgliederverwaltung  
Villastraße 1  
70190 Stuttgart

## Meldebogen als Apotheker/in

**Bitte legen Sie eine beglaubigte Kopie Ihrer Approbation / Berufserlaubnis bei!**

### 1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen!

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| _____               | _____       |
| Familienname        | Vorname     |
| _____               | _____       |
| Doktorgrad          | Geburtsname |
| _____               | _____       |
| Geburtsdatum        | Geburtsort  |
| _____               |             |
| Staatsangehörigkeit |             |
| _____               | _____       |
| Straße/Nr.          | PLZ/Wohnort |
| _____               | _____       |
| E-Mail:             | Telefon*:   |

\*Freiwillige Angabe

### 2. Fachliche Ausbildung

Approbation erhalten am: \_\_\_\_\_

Berufserlaubnis erhalten am: \_\_\_\_\_ befristet bis: \_\_\_\_\_

Promotion\*/Habilitation\* erhalten am: \_\_\_\_\_

Fachapotheker/in\* für:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Offizin-Pharmazie        | <input type="checkbox"/> Allgemeinpharmazie            | <input type="checkbox"/> Klinische Pharmazie      |
| <input type="checkbox"/> Arzneimittelinformation  | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Technologie   | <input type="checkbox"/> Pharmazeutische Analytik |
| <input type="checkbox"/> Toxikologie und Ökologie | <input type="checkbox"/> Öffentliches Gesundheitswesen |   |

\* Bitte Kopien der Urkunden beifügen

### 3. Beschäftigungsverhältnis/Arbeitsstätte

- |                                     |  |                                       |   |                                       |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apotheke   | <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke | <input type="checkbox"/> Industrie    | <input type="checkbox"/> Verwaltung               | <input type="checkbox"/> Universität  |
| <input type="checkbox"/> Bundeswehr | <input type="checkbox"/> PTA/PKA-Schule      |                                       |   |                                       |
| In der Funktion als                 | <input type="checkbox"/> Inhaber/in          | <input type="checkbox"/> Pächter/in   | <input type="checkbox"/> Filialapothekenleiter/in | <input type="checkbox"/> Verwalter/in |
|                                     | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in      | <input type="checkbox"/> Doktorand/in |   |                                       |

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung der Arbeitsstätte

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr. PLZ/Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon\* E-Mail\*

\*Freiwillige Angaben

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses am \_\_\_\_\_

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden) \_\_\_\_\_

**Weitere Beschäftigungsverhältnisse:** \_\_\_\_\_  
(einschließlich Wochenarbeitszeit) \_\_\_\_\_

Ich bin seit \_\_\_\_\_ (Tag/Monat/Jahr) im Kammerbereich wohnhaft.

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift