

## Antrag auf Akkreditierung zur

### Akademischen Ausbildungsapotheke der Apothekerkammer Hamburg

Apothekenleiter/in (Antragsteller/in) \_\_\_\_\_  
Apotheke \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort / Straße \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Für die Ausbildung verantwortlicher Apotheker/in (Ausbilder/in)

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_  
Telefon / E-Mail \_\_\_\_\_

An der Einführungsveranstaltung hat  
teilgenommen: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_  
(Name) (Datum)

#### A. Qualifikation des Ausbilders:

1. Sind Sie Fachapotheker/in für Allgemeinpharmazie oder  
Fachapotheker/in für Klinische Pharmazie? <sup>1</sup>  Ja  Nein
2. Wöchentliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std.
3. Besitzen Sie ein gültiges Fortbildungszertifikat?  
Zertifikat gültig bis <sup>1</sup>:  Ja  Nein
4. Nehmen Sie regelmäßig an Treffen eines Pharmazeutischen  
Qualitätszirkels teil?  Ja  Nein  
Wenn ja, welchen Qualitätszirkel besuchen Sie? \_\_\_\_\_
5. Haben Sie bereits Schulungen im Bereich Ausbildungsdidaktik  
besucht? <sup>1</sup>  Ja  Nein
6. Haben Sie Erfahrung in der Ausbildung von Studierenden oder  
Pharmazeuten im Praktikum?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Entsprechenden Beleg dem Antrag bitte beifügen.

## B. Apothekenstruktur

1. Wie viele approbierte rechnerische Vollzeitkräfte arbeiten in Ihrer Apotheke (inkl. Apothekenleiter/in) \_\_\_\_\_
2. Ist Ihre Apotheke als Weiterbildungsstätte für Allgemeinpharmazie oder Klinische Pharmazie von der LAK anerkannt? <sup>1</sup>  Ja  Nein
3. Wie viele Rezepturen stellen Sie pro Woche im Durchschnitt her? \_\_\_\_\_
4. Welche Darreichungsformen werden regelmäßig hergestellt?  
 Augentropfen  Suppositorien  Kapseln  Pulver  Homöopathische Zubereitungen  Tees  Salben  Vaginalgele / -kugeln  Lösungen  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_
5. Stellen Sie sterile Arzneiformen her?  Ja  Nein
6. Nimmt Ihr Team regelmäßig (mind. einmal pro Jahr) an einer externen Überprüfungen der Rezepturqualität, z.B. einem ZL-Ringversuch teil?  
Bitte Teilnahmebescheinigung oder Bestätigung der Anmeldung beilegen  Ja  Nein  
 liegt bei
9. Nehmen Sie an externen Überprüfungen der Beratungsleistung, z. B. Beratungs-Check teil? <sup>1</sup>  Ja  Nein  
 liegt bei
10. Finden in Ihrer Apotheke regelmäßig innerbetriebliche Fortbildungen statt?  
Wenn ja, wie viele pro Monat: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
11. Geht die in der Apotheke verfügbare Literatur über den in der Apothekenbetriebsordnung festgelegten Mindestumfang hinaus?  Ja  Nein
12. Verfügt Ihre Apotheke über EDV-gestützte wissenschaftliche Informations-Systeme inkl. Cave-Modul?  Ja  Nein
13. Hat der Auszubildende jederzeit Zugang zu einem Internet-Arbeitsplatz?  Ja  Nein
14. Verfügt Ihre Apotheke über ein modernes Warenwirtschaftssystem inkl. ABDA-Datenbank?  Ja  Nein
15. Verfügt Ihre Apotheke über ein Dokumentationssystem für Kundendaten?  Ja  Nein
16. Werden in Ihrer Apotheke regelmäßig Patienten pharmazeutisch betreut?  
Wenn ja, mit welchen Indikationen z.B.: \_\_\_\_\_  Ja  Nein
17. Besitzt Ihre Apotheke ein zertifiziertes Qualitätsmanagementsystem (QMS)? <sup>1</sup>  Ja  Nein
18. Führen Sie in Ihrer Apotheke regelmäßig Screening-Verfahren durch?  
Wenn ja, welche z.B.: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

<sup>1</sup> Entsprechenden Beleg dem Antrag bitte beifügen.

**C. Im Falle der Akkreditierung meiner Apotheke als Akademische Ausbildungsapotheke durch die Apothekerkammer Hamburg verpflichte ich mich, folgende Ausbildungsmaßnahmen anzubieten:**

1. Ein dokumentiertes Einführungsgespräch.
2. Regelmäßige dokumentierte Fachgespräche (Apotheker – Pharmazeut im Praktikum) möglichst einmal pro Woche.
3. Aufstellung eines Ausbildungsplans analog den Anlagen 8 und 15 der Approbationsordnung.
4. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, an den Tutoren-Kursen der Apothekerkammer teilzunehmen.
5. Der Pharmazeut im Praktikum erhält die Möglichkeit, regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen.

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

1. Der Pharmazeut im Praktikum wird gemäß Bundesrahmentarifvertrag für Apothekenmitarbeiter entlohnt.
2. Ausbilder und Pharmazeut im Praktikum führen nach drei Monaten und bei 12-monatigen Praktika zusätzlich nach 6 Monaten ein Feedback-Gespräch mit dem Ziel, die Ausbildung zu optimieren.
3. Änderungen der in diesem Antrag gemachten Angaben werde ich unverzüglich der Apothekerkammer Hamburg mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekenleiter/in

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ausbilder/in

Anlagen:

## Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO

### 1. Datenverarbeiter

Diese Daten werden von der Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R., Osterbekstraße 90c, 22083 Hamburg erhoben. Datenschutzbeauftragter bei der Apothekerkammer Hamburg ist Herr Andreas Bethke, B3 Datenschutz GmbH, Papenbergallee 34, 25548 Kellinghusen  
E-Mail: [db@apothekerkammer-hamburg.de](mailto:db@apothekerkammer-hamburg.de)

### 2. Verarbeitungsrahmen

Die hier erhobenen Daten werden unbegrenzt gespeichert. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dieser Daten ist die Richtlinie zur Akkreditierung von Akademischen Ausbildungsapotheken der Apothekerkammer Hamburg vom 15. November 2011. Die Erhebung dieser Daten ist gesetzlich vorgeschrieben.

### 3. Weitergabe

Die hier erhobenen Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

### 4. Betroffenenrechte

Bezüglich der Verarbeitung der hier erhobenen Daten besteht ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und ein Widerspruchsrecht (Art. 15-18, 21 DSGVO). Beschwerden bezüglich der Verarbeitung dieser Daten können an den Hamburgischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit gerichtet werden.