



Apothekerkammer Schleswig-Holstein
- Akademie für pharmazeutische
Fortbildung und Qualitätssicherung -
Düsternbrooker Weg 75
24105 Kiel

Antrag auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikats durch die Apothekerkammer Schleswig-Holstein

(Der Antrag muss mindestens acht Wochen vor dem Veranstaltungsbeginn bei der Apothekerkammer Schleswig-Holstein eingegangen sein!)

Nur vollständig ausgefüllte Anträge können bearbeitet werden!

Veranstalter (Antragsteller/in): Firma, vollständige Anschrift (Antragsrückmeldung und Rechnung werden an diese Adresse versendet)	
Ansprechpartner bei Rückfragen zu diesem Antrag: Vor- u. Nachname, Telefonnummer, E-Mail	
Ansprechpartner für Teilnehmeranmeldungen: Vor- u. Nachname, Telefonnummer, E-Mail	
Veranstaltungstitel: (bitte Programm bzw. Einladung beifügen)	
Veranstaltungstermin und -ort: (bitte beachten Sie, dass nur ein Veranstaltungstermin pro Antrag möglich ist)	

Wurde in diesem Kalenderjahr bei uns für diese Veranstaltung bereits ein Akkreditierungsantrag von Ihnen gestellt?	ja, Veranstaltungsdatum:
	nein
Art der Veranstaltung: (Kategorie)	Seminar, Workshop, Praktikum, wissenschaftl. Exkursion Pharmazeutische Qualitätszirkel, Arzt-Apotheker-Gesprächskreise Kongress Vortrag Hospitation
Veranstaltungsdauer: (in Fortbildungseinheiten; eine Einheit entspricht 45 Minuten)	Anzahl der Fortbildungseinheiten ohne Pausen: à 45 Minuten
Beginn und Ende der Veranstaltung: (bei mehrtägigen Veranstaltungen entsprechende Angaben für jeden Tag inkl. Pausen)	
Pausenzeiten: (bitte geben Sie Beginn und Ende an)	
Vor- und Nachname sowie Qualifikation der/des Vortragenden/der Referentin/des Referenten (bitte fügen Sie den Lebenslauf bei)	
Vor- und Nachname des/der Moderator/in (sofern Qualifikation vorhanden)	
Zielgruppe bzw. Teilnehmerkreis:	Apothekerinnen / Apotheker PTA PKA Sonstige:
Teilnehmerzahl begrenzt?	ja, maximal Teilnehmer nein

Sponsoring?	ja, durch: nein
Teilnahmegebühr:	Euro: kostenlos
Wird eine Evaluation durchgeführt? (wenn ja, bitte Evaluationsbögen beifügen)	ja nein
Wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt? (wenn ja, bitte Lernerfolgskontrollbogen beifügen)	ja nein
Wurde bereits bei einer anderen Landesapothekerkammer ein Akkreditierungsantrag gestellt?	ja, bei: nein
Liegt bereits die Anerkennung/Ablehnung einer anderen Landesapotheker- oder Ärztekammer für diese Veranstaltung vor? (wenn ja, bitte Kopie der Anerkennung/Ablehnung beifügen)	ja, durch die Landesapothekerkammer bzw. Ärztekammer nein

Für die vorgenannte Veranstaltung **beantrage/n ich/wir die Anerkennung** als eine auf das freiwillige Fortbildungszertifikat der Apothekerkammer Schleswig-Holstein anrechenbare Fortbildung.

Hiermit wird bestätigt, dass die Inhalte der Fortbildung unabhängig von werbenden Interessen Dritter sind und qualitätssichernden Anforderungen an Fortbildungsveranstaltungen, z. B. den Leitsätzen und Durchführungsempfehlungen für die Qualitätssicherung der apothekerlichen Fortbildung, entsprechen. Die Sponsorentätigkeit beeinflusst nicht Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme. Objektive Produktinformationen nach wissenschaftlichen Kriterien, z. B. durch die pharmazeutische Industrie, sind zulässig. Die Apothekerkammer Schleswig-Holstein behält sich vor, im Bedarfsfall das Skript anzufordern. Sie behält sich weiterhin vor, einen Vertreter der Apothekerkammer Schleswig-Holstein ohne Vorankündigung an der Veranstaltung teilnehmen zu lassen.

Wir verpflichten uns zum Führen von Teilnehmerlisten und Aushändigen von Teilnahmebescheinigungen mit der Angabe der Fortbildungspunkte.

Mit einer Veröffentlichung der Veranstaltung einschließlich Anmeldedaten unter www.aksh-fortbildung.de in der Rubrik „Fortbildungsübersicht Fremdanbieter“ erklären wir uns einverstanden.

Verwaltungsgebühr

Wir verpflichten uns ausdrücklich zur Zahlung einer Verwaltungsgebühr in Höhe der Teilnahmegebühr (mindestens 50,00 Euro bis maximal 200,00 Euro), die mit Erhalt der Akkreditierung/Ablehnung fällig wird und sich bei identischen Wiederholungsveranstaltungen innerhalb eines Kalenderjahres um 50 % reduziert.

Unterschrift der/des Verantwortlichen

Stempel der Antragstellerin/des Antragstellers