

## ÄNDERUNGSMELDUNG ZUR WEITERBILDUNG

### 1. Weiterbildungsgebiet

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

### 2. Persönliche Daten des Weiterzubildenden

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Approbationsdatum: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### 3. Bisherige Weiterbildungsstätte

Apotheke, Firma: \_\_\_\_\_  
zugelassen am: \_\_\_\_\_

### 4. Die Weiterbildung wird an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte fortgeführt

Apotheke, Firma: \_\_\_\_\_  
ggf. Abteilung: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
zugelassen am: \_\_\_\_\_

### 5. Die Weiterbildung erfolgt unter folgendem ermächtigten Apotheker

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
ermächtigt von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_  
Fachapothekertitel: \_\_\_\_\_

6. Der ermächtigte Apotheker ist an folgender zugelassener Weiterbildungsstätte tätig

Der Arbeitsplatz des Ermächtigten stimmt mit Punkt 4. überein.

Es handelt sich um eine Fern- bzw. Verbundweiterbildung:

Apotheke, Firma: \_\_\_\_\_

ggf. Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

zugelassen am: \_\_\_\_\_

7. Angaben zur Weiterbildungszeit

Wochenstundenzahl: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsbeginn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Weiterzubildenden)

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Ermächtigten)

Wenn § 3 Abs. 9 Weiterbildungsordnung zutreffend:

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arbeitsgebers des Weiterzubildenden)

Änderungen der aufgeführten Daten sind der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, Abt. Fort- und Weiterbildung, unverzüglich mitzuteilen.

**SIE ERHALTEN VON UNS EINE BESTÄTIGUNG.**