

Antrag

auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung
im Rahmen des Fortbildungszertifikates der
Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz



Landesapothekerkammer
Rheinland-Pfalz
Abteilung Fortbildung
Am Gautor 15

55131 Mainz

Veranstalter: _____

Postanschrift: _____

Ansprechpartner
(mit Telefonnummer): _____

Veranstaltungsthema
(Originaleinladung
beifügen / nachsenden): _____

Referent*:
(Titel, Qualifikation) _____

Curriculum vitae ist beigelegt.*

Termin / Ort: _____

Fachgebiet: _____

Zielgruppe*: _____

Kategorie: (bitte ankreuzen)

| | | |
|----|---|--------------------------|
| 1a | Seminar, Workshop, Praktikum, wissenschaftliche Exkursion | <input type="checkbox"/> |
| 1b | Pharmazeutischer Qualitätszirkel, Arzt-Apotheker-Gesprächskreis | <input type="checkbox"/> |
| 2 | Kongress | <input type="checkbox"/> |
| 3 | Live-Vortrag einschl. Diskussion, z. B. Präsenz- und Online-Fortbildungen | <input type="checkbox"/> |
| 7 | Fortbildungsmaßnahmen für das eigenständige Lernen mit Lernerfolgskontrolle | <input type="checkbox"/> |

Veranstaltungsdauer: _____ Stunden Uhrzeit: _____

_____ Tage

Erwartete Teilnehmerzahl: _____

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Anwesenheitsliste* wird geführt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Die Veranstaltung wird evaluiert* (Wenn ja, bitte Evaluationsbogen beifügen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden für die Veranstaltung Teilnehmergebühren erhoben? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, in welcher Höhe? | Euro: | |
| Wie viel Fortbildungspunkte streben Sie an? | | |
| Zusatzpunkt für Lernkontrolle (Wenn ja, bitte Bogen beifügen) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegt bereits die Akkreditierung oder Ablehnung einer anderen Landesapothekerkammer oder Ärztekammer vor? | <input type="checkbox"/> Ablehnung <input type="checkbox"/> Akkreditierung | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, von welcher | Vergebene Punktezahl: | |
| Wie und wo erfolgt Ankündigung*? | | |
| Teilnahmebescheinigungen * werden vergeben | <input type="checkbox"/> Ja ** | <input type="checkbox"/> Nein |
| ** Um Ihren Antrag abschließend bearbeiten zu können, bitten wir Sie, ein verbindliches Muster der von Ihnen vorgesehenen Teilnahmebescheinigung, auf der der verbindliche Titel und ein Platzhalter zur Angabe der Punktezahl ausgewiesen sind, beizulegen. | | |

Hiermit wird bestätigt, dass die Inhalte der apothekerlichen Fortbildung unabhängig von werbenden Interessen Dritter sind und qualitätssichernden Anforderungen an Fortbildungsveranstaltungen, z. B. den Leitsätzen zur apothekerlichen Fortbildung (www.abda.de => Themen => Fortbildung) entsprechen: Die Sponsorentätigkeit beeinflusst nicht Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme. Objektive Produktinformation nach wissenschaftlichen Kriterien, z. B. durch die pharmazeutische Industrie ist zulässig.

* Diese Angaben stellen qualitätssichernde Mindestanforderungen dar. Bei Abweichungen von den qualitätssichernden Anforderungen (vgl. Checkliste) bitte Begründung angeben:

Die Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz hat jederzeit die Möglichkeit unangekündigt einen Fortbildungsbeauftragten der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz als Beobachter der Veranstaltung beiwohnen zu lassen.

Curriculum vitae des Referenten bitte als Anlage beifügen!

Das Veranstaltungsprogramm bitte als Anlage beifügen!

Datum

Unterschrift / Stempel