

Landesapothekerkammer Thüringen | Thälmannstraße 6 | 99085 Erfurt

Landesapothekerkammer Thüringen
Thälmannstr. 6
99085 Erfurt

Antrag auf Verlängerung des Zertifikats Diabetes

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: _____

Apotheke: _____ Ort: _____

die Verlängerung meines Zertifikats „Pharmazeutische Betreuung von Diabetes Patienten“. Die dafür nötigen Voraussetzungen werden von mir erfüllt.

Mein bisheriges Zertifikat ist bzw. war gültig bis zum _____
(3 Jahre nach Ausstellung). Es liegt in Kopie bei.

Ich habe am _____ an einer anerkannten Aufbaufortbildung teilgenommen.

Vor der Verlängerung des Zertifikates ist ein Praxisnachweis zu erbringen.

Ich habe für den gemeinsamen Erfahrungsaustausch ein Beispiel aus meiner Praxis herausgearbeitet. Diese Ausarbeitung liegt in der Anlage bei. Ich versichere, diese Ausarbeitung selbst erstellt zu haben. Das Fallbeispiel darf im Rahmen des Erfahrungsaustausches der Aufbaufortbildung besprochen werden.

Ich habe eine mindestens vierstündige Hospitation in einer diabetischen Klinik bzw. Schwerpunktpraxis absolviert. Der Nachweis liegt dem Antrag bei.

Ich habe eine Patientenschulung selbst geleitet. In der Anlage liegt eine Auswertung der Schulung bei, in der Ort und Termin, Anzahl der Teilnehmer sowie Konzept und Inhalte der Schulung dargestellt sind.

Der Antrag ist entsprechend der Kostensatzung der Landesapothekerkammer Thüringen gebührenpflichtig. Die Gebühr ist über die Teilnehmergebühr der Fortbildung abgedeckt.

Ich versichere die Richtigkeit aller von mir gemachten Angaben. Mit der Unterschrift wird der Landesapothekerkammer Thüringen die Genehmigung zur Erfassung und Speicherung der Daten erteilt.

Ort, Datum

Apotheke

Unterschrift

Fallbeispiel für die Verlängerung des Zertifikats Diabetes

Name, Vorname: _____

Einrichtung: _____

Kurze Benennung des Fallbeispiels / der Aktion / des Problems:

Fallbeschreibung / Art der Aktion bzw. des Problems

pharm. Betreuung Screening-Aktion Beratungstag UAW

Sonstiges: _____

Ausführliche Beschreibung des Fallbeispiels / der Aktion / des Problems:

Art der Lösung

Beratung Patient Rücksprache Arzt Rücksprache Hersteller

Sonstiges: _____

Ausführliche Beschreibung der Lösung / der Ergebnisse:

Welches Fazit ziehen Sie aus dem Fallbeispiel / der Aktion / dem Problem?

Datum

Unterschrift