
FAMULATUR - LEITFADEN

Eine Initiative vom
Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland e.V. und
der Landesapothekerkammer Thüringen



FAMULATUR - LEITFADEN

Eine Initiative von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen

Famulatur - Ein bleibender erster Eindruck

Erfurt | Berlin, Mai / Juni 2011. Zwar sind es insgesamt nur acht Wochen – im Vergleich zu fünf Jahren Ausbildung also eine scheinbar zu vernachlässigende Zeit – aber für die spätere Berufswahl des heute Pharmaziestudierenden sind die in der Famulatur gesammelten Eindrücke oft entscheidend für die spätere Auswahl des Berufsfeldes. Die oft in zweimal vier Wochen geteilten Praktika sind in der Regel der erste Kontakt des Auszubildenden zur Apotheke, auf den es wirklich ankommt. Der Studierende hat Analysen gekocht, sich mit Titrationen gequält und stellt sich gelegentlich sicher die Frage, was die Grundlagen der ersten Semester mit Arzneimitteln zu tun haben könnten. Hierauf ist die Famulatur die erste Antwort. Und die ist wichtig.

"Die Erfahrung hat uns gezeigt, dass die Famulatur für beide Seiten eine große Herausforderung ist", sagt Danny Neidel, Geschäftsführer der Landesapothekerkammer Thüringen. "Die Apotheken wollen sich für die Ausbildung engagieren und stimmen einer Famulatur zu. Sie dann aber konkret umzusetzen und die Zeit für die notwendigen Gespräche im Alltag einzuplanen, stellt sich jedoch oft als extrem schwierig heraus." Aber auch für die Famulanten sind die acht Wochen nicht einfach zu meistern. Sie sind Lernende, die bis dahin vermittelten Studieninhalte nur sehr begrenzt im Apothekenalltag anwenden können. Allerdings wollen sie nun endlich echte Arzneimittel in die Hand nehmen und mehr zu Eigenschaften und Besonderheiten erfahren. Eine Anleitung durch einen Apotheker ist dabei essentiell.

"Der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland vertritt die Interessen aller Pharmaziestudenten und sieht sich auch in Fragen der Famulatur in der Verantwortung", beschreibt Johanna Lempp, Beauftragte für Studium und Lehre des BPhD ihre Motivation für die gemeinsame Initiative. Insofern ist die Zusammenarbeit mit der Landesapothekerkammer Thüringen nur folgerichtig. "Der Leitfaden und die Arbeitsblätter haben uns sehr gut gefallen, da alle Bereiche der Apotheke abgedeckt werden und sie durch die konkrete Formulierung der Aufgaben gut verständlich und eine wirkliche Hilfe sind." so die Pharmazeutin im Praktikum weiter.

Die Arbeitsblätter gehen auf die Initiative zweier Thüringer Apothekerinnen zurück, die gemeinsam mit der Kammer nach Wegen gesucht haben, die für Pharmaziestudierende und PTA-Schüler fällig werdenden Praktika zu strukturieren und den Apotheken bei der Ausgestaltung wirksam zu helfen. Auf der Bundesverbandstagung des BPhD am ersten Juniwochenende in Kiel wurde das gemeinsame Projekt nun auch den Fachschaften der pharmazeutischen Institute vorgestellt. Die Bögen verstehen sich als Ausbildungshilfen, bei denen es nicht in erster Linie um das Abarbeiten von Aufgaben geht, sondern bei denen Wissen erworben und vor allem vernetzt werden soll. Im Zentrum stehen dabei immer das Arzneimittel und die Beratung des Apothekers.

"Vor allem der Aspekt, dass für die Famulanten das Miterleben und Begleiten von Beratungsgesprächen auf dem Programm steht, machte den Famulaturleitfaden so interessant für uns", Maria-Christina Scherzberg, Präsidentin des BPhD und ebenfalls Pharmazeutin im Praktikum. "Oft dürfen die Studierenden während der Famulatur nur "hinten" arbeiten. Dabei ist der Kundenkontakt ein wichtiger Aspekt des Apothekenalltags, der auch Famulanten nicht vorenthalten werden sollte".

"Es muss uns gelingen, die Apotheke für den Pharmaziestudierenden vom ersten Tag an als Kompetenzzentrum für Arzneimittel erleben zu lassen." beschreibt Apotheker Neidel seine Vision von der praktischen Ausbildung. "Die Apotheke ist für mich auch heute noch einer der besten Arbeitsplätze, den man sich vorstellen kann, denn hier kann tagtäglich Menschen ganz entscheidend geholfen werden. Die Gesundheitsversorgung ist sicher eine Aufgabe vieler Berufsgruppen. Die Arzneimittelversorgung ist dabei von zentraler Bedeutung. Deswegen ist es wichtig, dass sie in der Hand des gut ausgebildeten Apothekers liegt."

Der Leitfaden und die Arbeitsblätter sind auf der QM Internetpräsenz www.zeta-apotheke.de der Landesapothekerkammer Thüringen in der Rubrik Aufbau unter dem Punkt "Leitlinien und Arbeitshilfen" frei verfügbar.

FAMULATUR - LEITFADEN

Eine Initiative von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen

Sehr geehrte Apothekerin, sehr geehrter Apotheker,


Sie haben sich entschlossen, einem Studierenden der Pharmazie ein vier- oder sogar achtwöchiges Praktikum in Ihrer Apotheke zu ermöglichen. Wir danken Ihnen sehr herzlich für dieses zweifellos nicht selbstverständliche Engagement. Das dadurch möglich werdende Praktikum ist in der Regel der erste Kontakt des Auszubildenden zur Apotheke, auf den es wirklich ankommt – mit anderen Worten – Sie stellen sich einer nicht zu unterschätzenden Verantwortung, denn der erste Eindruck ist oft ein entscheidender.

Der Bundesverband der Pharmaziestudierenden in Deutschland und die Landesapothekerkammer Thüringen möchten Sie bei dieser Aufgabe unterstützen und einen Teil zum Gelingen der vor Ihnen liegenden Wochen beitragen. In gemeinschaftlicher Arbeit mit praktisch tätigen Apothekern und natürlich auch mit den Pharmaziestudenten selbst haben wir einen einführenden Leitfaden und mehrere Arbeitsbögen entworfen, die Ihnen helfen sollen, das Praktikum zu strukturieren und zu gestalten. Die Bögen sind so aufgebaut, dass der Praktikant – in vielen Fällen eigenständig – apothekenrelevante Sachverhalte von mehreren Seiten beleuchtet und dabei ermutigt wird, selbstständig zu recherchieren und die so entstehenden Ergebnisse auch selbst zu bewerten.

Jeder der Bögen ist dabei als eine Maximalempfehlung zu verstehen. Es ist selbstverständlich, dass der Famulant zu Beginn seiner Tätigkeit keineswegs selbstständig alle Aufgaben bewältigen und alle aufgeworfenen Fragestellungen beantworten kann. Hier liegt es in Ihrer Hand, durch die gezielte Auswahl der Bögen und deren – vielleicht auch nur teilweisen – Bearbeitung, die praktische Ausbildung individuell zu gestalten.

Zu einem so frühen Zeitpunkt im Studium ist der angehende Pharmazeut natürlich auf Ihre Unterstützung und Hilfe angewiesen. Wir bitten Sie sehr herzlich, sich die Zeit zu nehmen, die bearbeiteten Bögen gemeinsam mit dem Praktikanten zu besprechen. Wir sind überzeugt, dass dies hilft, die Famulatur zu einem ersten Eindruck werden zu lassen, der den Studenten in der Wahl seines Studiums bestätigt. Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Mit freundlichen Grüßen



Danny Neigel
Geschäftsführer
Landesapothekerkammer Thüringen



Johanna Lempp
Beauftragte für Studium und Lehre
des BPhD e.V.

FAMULATUR – VEREINBARUNG

Teil der gemeinsamen Initiative von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen*

Apotheker _____ (nachstehend Ausbilder genannt)

Leiter der _____
Apotheke _____ Ort _____

und _____
Famulant _____

schließen diese Vereinbarung über die Ableistung einer Famulatur nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 AAppO ab.

Rahmendaten

Im Grundsatz gelten die Regelungen des Bundesrahmentarifvertrages für Apothekenmitarbeiter in der zu Vertragsabschluss gültigen Fassung. Dies gilt insbesondere für die Regelungen zum Arbeitsvertrag, zur Arbeitszeit, zu den Ausbildungsmitteln und des Weiteren soweit durch diesen Ausbildungsvertrag keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen werden. Es besteht weder Anspruch auf Urlaub noch auf eine Vergütung. Darüber hinaus sind die Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) zu beachten.

Die Famulatur beginnt am _____ und endet am _____

Sie findet in den Betriebsräumen der _____ statt.
Apotheke / Ort _____

Die Famulatur steht unter der fachlichen Leitung von Apotheker: _____

Die regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit beträgt _____ Wochenstunden. Die tägliche Arbeitszeit wird über den Dienstplan der Apotheke geregelt und dem Pharmazeuten im Praktikum mindestens zwei Wochen im Voraus bekanntgegeben.

Inhalte der Ausbildung

Es gelten die Bestimmungen über die Famulatur (§ 3 AAppO). Die Famulatur ist Teil der Ausbildung zum Apotheker. Durch die Famulatur soll der Auszubildende mit den pharmazeutischen Tätigkeiten vertraut gemacht werden. Außerdem soll er Einblick in die Organisation und Betriebsabläufe sowie in die Rechtsvorschriften für Apotheken und in die Fachsprache erhalten.

Der Famulant kann unter Aufsicht des Ausbilders oder eines beauftragten Apothekers entsprechend seinem Kenntnis- und Wissensstand mit pharmazeutischen Tätigkeiten betraut werden. Er zählt zum pharmazeutischen Personal der Apotheke (§ 1a Abs. 2 ApBetrO). Er darf nur zu Tätigkeiten herangezogen werden, die seine Ausbildung fördern. Der Auszubildende hat seine Arbeitskraft zu regelmäßiger Mitarbeit zur Verfügung zu stellen.

* Der Mustervertrag ist ein Service der Landesapothekerkammer Thüringen zur Förderung der Ausbildung. Obwohl der Mustervertrag mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt wurde, kann keine Haftung für die inhaltliche Richtigkeit übernommen werden.

FAMULATUR – VEREINBARUNG

Teil der gemeinsamen Initiative von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen*

Dem Famulanten werden die Ausbildungsmittel kostenlos zur Verfügung gestellt, die zur Ausbildung erforderlich sind. Die Arbeitsbögen des Famulatur – Leitfadens des BPhD und der Landesapothekerkammer Thüringen bilden die Grundlage für die Ausbildung in der oben genannten Apotheke. Einmal pro Arbeitswoche findet ein mindestens halbstündiges Auswertungsgespräch zwischen dem ausbildenden Apotheker und dem Famulanten statt.

Der Famulant ist verpflichtet, den Weisungen des Arbeitgebers oder eines beauftragten Apothekers Folge zu leisten. Er hat über alle Vorkommnisse in der Apotheke sowie über alle Informationen, die den Apothekenbetrieb oder das Verhältnis der Apotheke zu Kunden, Lieferanten etc. berühren, auch nach Beendigung des Praktikums Stillschweigen zu bewahren. Hierzu sind eine „Schweigepflichterklärung der Mitarbeiter in der Apotheke“ sowie eine "Verpflichtung zur Wahrung des Datengeheimnisses" gesondert zu unterzeichnen. Beide sind Bestandteil des Vertrages. Ein Verstoß gegen diese Pflichten berechtigt zur fristlosen Kündigung dieser Vereinbarung und zieht ggf. Schadenersatzansprüche nach sich.

Weitere Vereinbarungen

Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen – soweit sie nicht gesetzlich oder tariflich bedingt sind – der Schriftform. Die etwaige Unwirksamkeit einzelner Regelungen dieses Vertrages berührt die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift Famulant

Unterschrift Apothekenleiter

* Der Mustervertrag ist ein Service der Landesapothekerkammer Thüringen zur Förderung der Ausbildung. Obwohl der Mustervertrag mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt wurde, kann keine Haftung für die inhaltliche Richtigkeit übernommen werden.

SCHWEIGEPLICHTERKLÄRUNG

der Mitarbeiter der Apotheke

Erklärung

Name des Mitarbeiters: _____

Mir ist bekannt, dass ich aufgrund meiner Tätigkeit in der Apotheke mit vertraulichen personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten von Kunden und Kollegen sowie betriebssensiblen Daten umgehe.

Die unbefugte Erhebung, auch als Bild-, Ton und anderweitige Aufzeichnungen, die Verarbeitung, Nutzung oder Weitergabe dieser Daten zu anderen als beruflich notwendigen Zwecken ist mir untersagt. Das gilt auch für die nicht unmittelbar durch die berufliche Tätigkeit bedingte Entfernung von Daten, Gegenständen und Unterlagen jeglicher Art.

Ich verpflichte mich zur Geheimhaltung über alles Interne, was mir während meiner Tätigkeit in der Apotheke als vertraulich bezeichnet wird und über alles, was mir durch meine Tätigkeit in der Apotheke über die Apotheke selbst, ihre Geschäftspartner, Lieferanten und Kunden zur Kenntnis kommt, sofern dies nicht ohnehin öffentlich zugänglich oder bereits öffentlich bekannt ist.

Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung meiner Tätigkeit in der Apotheke fort.

Über die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes einschließlich der Strafvorschriften und über das Apothekergeheimnis bin ich vor Unterzeichnung der vorstehenden Schweigepflichterklärung umfassend informiert worden.

Apotheke

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

VERPFLICHTUNG AUF DAS DATENGEHEIMNIS

der Mitarbeiter der Apotheke gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Erklärung

Name des Mitarbeiters: _____

Im Rahmen der Tätigkeit für die Apotheke sind Sie zur Wahrung des Datengeheimnisses nach § 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) verpflichtet. § 5 BDSG lautet:

„Datengeheimnis

Den bei der Datenverarbeitung beschäftigten Personen ist untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen (Datengeheimnis). Diese Personen sind, soweit sie bei nicht-öffentlichen Stellen beschäftigt werden, bei der Aufnahme ihrer Tätigkeit auf das Datengeheimnis zu verpflichten. Das Datengeheimnis besteht auch nach Beendigung ihrer Tätigkeit fort.“

Nach dieser Vorschrift ist es Ihnen untersagt, personenbezogene Daten unbefugt zu erheben, zu verarbeiten oder zu nutzen.

Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung Ihrer Tätigkeit in unserer Apotheke fort.

Sie werden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Verstöße gegen das Datengeheimnis nach den §§ 44, 43 Abs. 2 BDSG und nach anderen Strafvorschriften mit Geldstrafe oder Freiheitsstrafe oder gem. § 43 BDSG mit Geldbußen geahndet werden können.

In der Verletzung des Datengeheimnisses kann zugleich eine Verletzung des Apothekergeheimnisses und arbeitsrechtlicher Schweigepflichten liegen.

Eine von Ihnen unterzeichnete Zweitschrift der Verpflichtungserklärung reichen Sie bitte an die Apothekenleitung zurück.

Apotheke

Stempel

Ort, Datum

Unterschrift Apothekenleiter

Ich wurde über den Inhalt des Datengeheimnisses gemäß § 5 BDSG und die sich daraus für mich ergebenden Pflichten ausführlich unterrichtet. Der Gesetzeswortlaut der §§ 5, 43 und 44 BDSG wurde mir erläutert und von mir zur Kenntnis genommen. Darüber hinaus steht mir der Gesetzestext in der Apotheke jederzeit frei zur Verfügung.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter

Quelle: in Anlehnung an Patricia Kühnel: Apotheke und Datenschutz; Anhang 1 Muster Schweigepflichterklärung/Datengeheimnis

FAMULATUR - LEITFADEN

Empfehlungen von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen zur Durchführung der Famulatur

Die Famulatur ist Teil der Ausbildung zum Apotheker, deren rechtliche Grundlage der § 3 AAppO ist. Der Famulant gehört nach § 3 (3) ApBetrO zum pharmazeutischen Personal der Apotheke und darf daher zu pharmazeutischen Tätigkeiten herangezogen werden, die seinem Kenntnisstand entsprechen.

Kenntnisstand und allgemeine Empfehlungen

Im Regelfall wird die Famulatur nach dem 1. und / oder 2. Semester absolviert. Gute Kenntnisse sind daher besonders in der Analytik von Arznei- und Hilfsstoffen und anderen Labortätigkeiten zu erwarten. In den weiteren pharmazeutischen Wissenschaften liegen dem Ausbildungsstand entsprechende theoretische Kenntnisse vor.

Die Famulatur dient dazu, den angehenden Apothekern erste praktische Kenntnisse zu vermitteln. Es ist daher wichtig, ihm einen Überblick über den Aufbau und die Aufgaben der Apotheke zu vermitteln sowie pharmazeutische Tätigkeiten vorzustellen und z.T. ausführen zu lassen. Die Arbeitsbögen sollen sowohl dem Famulanten als auch dem Ausbilder helfen, die Famulatur zu strukturieren und erfolgreich zu gestalten.

Die dargestellte Struktur und der beschriebene Umfang sind eine Durchführungsempfehlung. Gewichtung und Verteilung der Aufgaben sollen die Arbeitsaufgaben des Apothekers widerspiegeln und in die pharmazeutischen Aufgaben einführen. Die gemachten Angaben beziehen sich auf eine vier Wochen Famulatur.

Arzneimittelberatung und Arzneimittelbewertung

Beratungsgespräche

Ein wesentlicher Aspekt der apothekerlichen Tätigkeit ist die abgabebegleitende Beratung zum Arzneimittel. Um die Praxis der Beratung kennenzulernen, ist es unentbehrlich, dass der Famulant Beratungsgespräche selbst erlebt.

Unsere Empfehlung

In jeder Woche sollte ihm daher die Möglichkeit gegeben werden, jeweils mindestens einen halben Tag bei Beratungsgesprächen zu hospitieren. Wenn sich die Möglichkeit bietet, sollten die Gespräche im Anschluss besprochen und auf Besonderheiten und Entscheidungsgrundlagen eingegangen werden. Dabei kann es hilfreich sein, wenn der Famulant die Gespräche anonymisiert dokumentiert.

Bewertung von Arzneimitteln

Der Arbeitsbogen Arzneimittel bietet die Möglichkeit, Arzneimittel im Hinblick auf ihre wesentlichen Eigenschaften zu charakterisieren. Dabei werden sowohl pharmazeutische, rechtliche, aber auch wirtschaftliche und logistische Aspekte berücksichtigt. Durch die Auswahl geeigneter Präparate gelingt es dem Ausbilder leicht, den Famulanten in die vielfältigen Anforderungen einzuführen, die an Arzneimittel gestellt werden können.

Unsere Empfehlung

Der Famulant sollte im Rahmen seiner Vier-Wochen-Ausbildung mindestens zehn Arzneimittel mit Hilfe des Arbeitsbogens charakterisieren. Dabei sollten etwa fünf Arzneimittel der Selbstmedikation und fünf verschreibungspflichtige Arzneimittel eingeschätzt werden. Der Ausbilder könnte – je nach Kenntnisstand des Famulanten – dabei Arzneimittel mit besonderen Anforderungen berücksichtigen (z.B. BtM, Impfstoffe, Importarzneimittel, Reimporte, Tierarzneimittel o.ä.). Besonders wichtig ist die regelmäßige Auswertung der ausgefüllten Bögen. Diese sollte stets zeitnah durch den Ausbilder selbst durchgeführt werden.

Prüfung von Fertigarzneimitteln

Apotheken sind durch § 12 ApBetrO verpflichtet, Arzneimittel, die nicht in der Apotheke hergestellt worden sind, auf ihre Kennzeichnung und Unbedenklichkeit zu prüfen. Diese Verpflichtung bietet eine weitere Möglichkeit für den Famulanten, die besonderen Anforderungen kennenzulernen, die an Arzneimittel gestellt werden. Wir empfehlen daher, den Famulanten wenigstens ein Arzneimittel täglich prüfen zu lassen.

FAMULATUR - LEITFADEN

Empfehlungen von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen zur Durchführung der Famulatur

Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken

Apotheken sind Teil des Pharmakovigilanzsystems. Die ständige Prüfung von Arzneimitteln und das Erkennen und Bewerten von Risiken sind apothekerliche Aufgaben, die der Famulant in seinem Praktikum kennenlernen soll. Der Arbeitsbogen Arzneimittelrisiken ist dazu gedacht, eingehende Meldungen der AMK, der AKdÄ oder von Seiten der Behörden zu bearbeiten und ihre Weitergabe im Team vorzubereiten.

Der Bogen kann auch benutzt werden, um dem Famulanten allgemein bekannte UAWs vorzustellen und ihm mögliche Konsequenzen im Beratungsalltag nahezubringen. Diese können sowohl der ABDA-Datenbank als auch Packungsbeilagen oder Fachinformationen entnommen werden. Als Konsequenz kann bei auftretenden Interaktionen ein Informationstext für den verschreibenden Arzt vorbereitet oder eine patientenverständliche Information bei häufig auftretenden Nebenwirkungen entworfen werden.

Unsere Empfehlung

Der Famulant sollte mit den verschiedenen Informationssystemen zu Arzneimittelrisiken vertraut gemacht werden, die außerhalb und innerhalb der Apotheke existieren. Pro Woche sollte der Famulant eine Bewertung vornehmen, wenn möglich soll bei der Auswahl der Risiken auf verschiedene Quellen zurückgegriffen werden.

Herstellung von Arzneimitteln

Die Herstellung von Rezepturen und die Prüfung von Ausgangsstoffen für die Rezepturen sollten erfahrungsgemäß zu den Aufgabengebieten gehören, die für den Famulanten von besonderem Interesse sind. Zum einen kann er eigene Kenntnisse anwenden, denn er ist mit dem Arbeiten im Labor vertraut, andererseits entspricht das Herstellen von Arzneimitteln den Erwartungen des Praktikanten. Daher sollte es möglich sein, den Famulanten mit gewissen Aufgaben im Rahmen der Prüfung und der Vorbereitung der Herstellung eigenständig zu betrauen.

Arbeitsbogen Rezepturherstellung

Der Arbeitsbogen ist geeignet, die Herstellung eines Rezepturprinzips genauer zu hinterfragen. Neben der Charakterisierung der einzelnen Bestandteile, sind technologische (Auswahl geeigneter Waagen, Prüfung auf ausreichende Konservierung, Herstellungsbeschreibung), aber auch therapeutische (Reichdauer, Dosierung, abgabebegleitende Hinweise) Fragestellungen zu beantworten. Mit dem Fragebogen wird der Famulant gleichzeitig in die Anforderungen an die Kennzeichnung von Rezepturen und deren Taxation eingeführt.

Unsere Empfehlung

Im Rahmen der Famulatur sollte der Famulant etwa 2 Rezepturen pro Woche herstellen, wobei darauf zu achten ist, dass die hergestellten Arzneimittel die in der Apotheke gängigen Darreichungsformen umfassen. Es kann ratsam sein, den Famulanten wirkstofffreie Rezepturen (Kapseln, Suppositorien) herstellen zu lassen, um ihn auch mit der Herstellung dieser Arzneiformen vertraut zu machen. Jeweils mindestens eine Rezeptur sollte pro Woche durch den Famulanten mit Hilfe des Arbeitsbogens bewertet werden.

Bewertung von apothekenüblicher Ware

Analog zu den Arzneimittelbewertungen kann mit den Arbeitsbögen zu Medizinprodukten und Nahrungsergänzungsmitteln verfahren werden. Die Gewichtung der jeweiligen Produkte ist dem Stand der Ausbildung und der Situation in der Apotheke anzupassen.

Unsere Empfehlung

In jedem Fall sollte wenigstens jeweils ein Produkt der beiden Gruppen bewertet werden, um dem Famulanten ein Gefühl für diesen Teil der apothekenüblichen Waren zu vermitteln.

Ausbildungshilfen auf www.lakt.de

Sie finden alle Arbeitsbögen im öffentlichen Bereich unserer Internetpräsenz www.zeta-apotheke.de in der Rubrik Aufbau unter dem Navigationspunkt Leitlinien und Arbeitshilfen (Ausbildung). Wir möchten Sie außerdem bitten, die Bögen kritisch zu bewerten und uns Vorschläge zu ihrer Verbesserung mitzuteilen. Sie helfen uns damit sehr!

WOCHENPLAN

Anlage zum Famulatur - Leitfaden von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen

Name: _____ **Woche:** _____

Einführung in die Arzneimittelberatung

Datum	Erledigt	Auswertung
_____	_____	_____

Arzneimittelbewertung

Arzneimittel	Datum	Erledigt	Auswertung
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Prüfung von Fertigarzneimitteln

Arzneimittel	Datum	Erledigt	Auswertung
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

Erfassung und Bewertung von Arzneimittelrisiken

Arzneimittel	Datum	Erledigt	Auswertung
_____	_____	_____	_____

Rezepturherstellung

Rezeptur	Datum	Erledigt	Auswertung
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

Bewertung von apothekenüblicher Ware

Produkt	Datum	Erledigt	Auswertung
_____	_____	_____	_____

ARZNEIMITTELBERATUNG

Formular zur Dokumentation von Beratungsgesprächen bei der Abgabe von Arzneimitteln

Verordnung

Selbstmedikation

AM wurde gezielt verlangt

Arzneimittel: _____

Datum: _____

Erste Frage des Beratenden: _____ ?

WISSEN sammeln!

Selbstmedikation

Welche Beschwerden beschreibt der Patient?

Welche Information zu den Symptomen ist nach Ihrer Meinung die wichtigste?

genaue Beschreibung der Symptome

seit wann sie bestehen

wie häufig sie auftreten

ob weitere Symptome auftreten

Sonstiges: _____

WISSEN sammeln!

Selbstmedikation / Verordnung

Nimmt der Patient andere Arzneimittel?

ja nein

Wenn ja, welche Erkrankungen kämen damit infrage?

Arzneimittel

Mögliche Erkrankung

Hat der Patient weitere Erkrankungen?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Ergeben sich dadurch Anwendungsbeschränkungen?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

ARZNEIMITTELBERATUNG

Formular zur Dokumentation von Beratungsgesprächen bei der Abgabe von Arzneimitteln

ENTSCHEIDUNG treffen!

Selbstmedikation

Ist eine Selbstmedikation möglich? ja nein Arztverweis

Begründung: _____

Welche Arzneimittel könnte man empfehlen?

Arzneimittel	Wirkweise
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Welches Arzneimittel empfehlen Sie? _____

Begründung: _____

ENTSCHEIDUNG treffen!

Verordnung

Rezeptkontrolle – sind folgende Daten vorhanden bzw. in Ordnung?

Arztstempel / Unterschrift Ausstellungsdatum Krankenkasse _____

Ist aut-idem gekreuzt? ja nein Gibt es einen Rabattvertrag? ja nein

Befreiung: ja nein Re-Import möglich? ja nein

Verordnung plausibel? ja nein, weil _____

Treten Arzneimittelwechselwirkungen auf? ja nein

Wenn ja welche? _____

INFORMATIONEN geben!

Selbstmedikation / Verordnung

Standarddosierung: _____ Behandlungsdauer: _____

Schwangere: _____ Stillende: _____ Kinder: _____

Anwendungshinweise: vor dem Essen zum Essen nach dem Essen unabhängig

Angabe Nebenwirkungen nötig? nein ja: _____

Angabe Warnhinweise nötig? nein ja: _____

Nichtmedikamentöse Hinweise? nein ja: _____

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

ARZNEIMITTELBEWERTUNG

Checkliste zur Charakterisierung von Arzneimitteln

Arzneimittel: _____

Wirkstoff(e)/Menge: _____

Hersteller: _____ Lieferant: _____

Charge: _____ Zul. Nr.: _____ Verwendbar bis: _____

Arzneiform: _____ Packungsgröße: _____ (N) PZN: _____

Lagerartikel: ja nein Saisonartikel

Lagerort: Kühlschrank Generalalphabet Freiwahl Sichtwahl Rezeptur

Kühlkette Labor Sonstiger Lagerort: _____

Rechtliche Eigenschaften:

verschreibungspflichtig apothekenpflichtig nicht apothekenpflichtig

besondere Bestimmungen: ja nein Wenn ja, welche?

Import AM BtM Tier AM Transfusionsgesetz Impfstoff Sonstiges

Benennen Sie kurz die besonderen Anforderungen:

Wirtschaftliche Daten:

Rabattvertrag: nein ja, mit: _____

Mögliche Pharmazeutische Bedenken: _____

AEK: _____ AVK: _____ Spanne: _____

Höchstpreis: _____ Festpreis: _____ GKV-Rabatt: _____

Daten der letzten drei Lieferungen:

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Abverkäufe im letzten Jahr

Jan _____ Feb _____ Mär _____ Apr _____ Mai _____ Jun _____ Jul _____

Aug _____ Sep _____ Okt _____ Nov _____ Dez _____ Durchschnitt: _____

ARZNEIMITTELBEWERTUNG

Checkliste zur Charakterisierung von Arzneimitteln

Pharmazeutische Eigenschaften:

Indikation: _____

Welche Fragen stellen Sie einem Patienten, der dieses AM kaufen will (bei Selbstmed. mind.3):

Erklären Sie die Wirkung/Anwendung des Arzneimittels kurz und kundenverständlich!

Standarddosierung: _____

Schwangere: _____ Stillende: _____ Kinder: _____

Begrenzung der Behandlungsdauer in der Selbstmedikation: _____

Anwendungshinweise: vor dem Essen zum Essen nach dem Essen unabhängig

Nebenwirkungen (Art/Grad): _____

Wechselwirkungen (mit/Folge): _____

Kontraindikationen: _____

Warnhinweise (Art/Bewertung): _____

Zusätzliche Hinweise: _____

Genutzte Literatur: _____

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

ARBEITSBLATT ARZNEIMITTELRISEN

Checkliste zur eigenen Bewertung von UAW - Meldungen bzw. Anfragen, Anlage zum Meldebogen

Arzneimittel: _____

Art der Meldung:

- AMK Meldung, PZ/DAZ: _____ Fachinfo/Packungsbeilage AKdÄ Meldung
 Patientenanfrage Industrie (Rote Hand Brief) Literatur: _____
 eigene Prüfung Arzt Sonstiges: _____
Arzneimittel in der Apotheke vorhanden: ja nein

Indikation: _____

UAW

Beschreibung:

Mögliche Risiken: _____

Eigene Bewertung: _____

Genutzte Literatur: _____

Produktdaten:

Wirkstoff(e)/Menge: _____

Hersteller: _____ Lieferant: _____

Charge: _____ Zul. Nr.: _____ Verwendbar bis: _____

Arzneiform: _____ Packungsgröße: _____ (N) PZN: _____

Lagerartikel: ja nein Saisonartikel

Lagerort: Kühlschrank Generalalphabet Freiwahl Sichtwahl Rezeptur

Kühlkette Labor Sonstiger Lagerort: _____

verschreibungspflichtig apothekenpflichtig nicht apothekenpflichtig

Import AM BtM Tier AM Transfusionsgesetz Impfstoff

ARBEITSBLATT ARZNEIMITTERISIKEN

Checkliste zur eigenen Bewertung von UAW - Meldungen bzw. Anfragen, Anlage zum Meldebogen

Maßnahmen:

Informationsweitergabe: AMK Industrie Ärzte Patienten BfArM TLV MA

AMK Berichtsbogen ausgefüllt und versandt von: _____ am _____

Info erstellt von: _____ am _____

Infotext Arzt:

Infotext Patient:

Info freigegeben von: _____ am _____

Info versandt von: _____ am _____ per _____

Einsendung Arzneimittel an: Hersteller ZL AMK BfArM

Arzneimittel versandt von: _____ am _____ Einschreiben

kein Lagerartikel mehr

Kenntnisnahme Mitarbeiter

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift _____

Datum: _____ Unterschrift _____ Datum: _____ Unterschrift _____

Datum: _____ Unterschrift: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

PRÜFUNG VON FERTIGARZNEIMITTELN

Prüfung der nicht in der Apotheke hergestellten Fertigarzneimittel nach § 12 ApBetrO

Arzneimittel: _____

Prüfer: _____ Datum: _____

Prüfung: Kennzeichnung Packungsbeilage Packmittel Arzneiform alles

Hersteller: _____ Anschrift: _____

Lieferant: _____ Lieferdatum: _____

Wirkstoff(e)/Menge: _____ / _____

Arzneiform: _____ Packungsgröße: _____ (N) PZN: _____

Zul. Nr.: _____ Verwendbar bis: _____ Ch.B.: _____

Lagerartikel: ja nein Saisonartikel

Lagerort: Kühlschrank Generalalphabet Freiwahl Sichtwahl Rezeptur

Kühlkette Labor Sonstiger Lagerort: _____

Rechtliche Eigenschaften:

verschreibungspflichtig apothekenpflichtig nicht apothekenpflichtig

Import AM BtM Tier AM Transfusionsgesetz Impfstoff Sonstiges: _____

Pharmazeutische Eigenschaften:

Indikation: _____

Prüfung der Kennzeichnung (§ 10 AMG):

	entspricht
1. Name und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers	<input type="checkbox"/>
2. Bezeichnung/Stärke/Darreichungsform	<input type="checkbox"/>
3. Hinweis, dass das AM zur Anwendung bei Säuglingen, Kindern oder Erwachsenen bestimmt ist	<input type="checkbox"/>
4. Zulassungsnummer (Zul.-Nr.), sofern vorhanden	<input type="checkbox"/>
5. Chargenbezeichnung (Ch.-B.) bzw. Herstellungsdatum	<input type="checkbox"/>
6. Inhalt nach Gewicht, Volumen oder Stückzahl	<input type="checkbox"/>
7. Art der Anwendung	<input type="checkbox"/>
8. Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge und sonstige Bestandteile nach Art	<input type="checkbox"/>
9. Verfalldatum mit dem Hinweis „verwendbar bis“ (Monat und Jahr)	<input type="checkbox"/>
10. Hinweis „Verschreibungspflichtig“ bzw. „Apothekenpflichtig“, sofern erforderlich	<input type="checkbox"/>
11. Bei Klinikpackungen Hinweis auf „Teil einer Klinikpackung“	<input type="checkbox"/>
12. bei AM-Mustern Hinweis „Unverkäufliches Muster“	<input type="checkbox"/>
13. Hinweis „Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren“	<input type="checkbox"/>
14. Vorsichtsmaßnahmen für die Beseitigung von nicht verwendeten AM, sofern erforderlich	<input type="checkbox"/>
15. Verwendungszweck, bei nicht verschreibungspflichtigen AM	<input type="checkbox"/>
16. Aufbewahrung- bzw. Lagerungshinweise	<input type="checkbox"/>
17. Blindenschrift, sofern erforderlich	<input type="checkbox"/>
18. Spezielle Hinweise bei Sera, Blutprodukten, gentechnisch hergestellten Arzneimitteln, homöopathischen Arzneimitteln, Tierarzneimitteln gemäß § 10 Abs. 2 ff. AMG	<input type="checkbox"/>

PRÜFUNG VON FERTIGARZNEIMITTELN

Prüfung der nicht in der Apotheke hergestellten Fertigarzneimittel nach § 12 ApBetrO

Prüfung der Packungsbeilage (§ 11 AMG):

entspricht

1. Überschrift „Gebrauchsinformation“
2. Bezeichnung / Stärke / Darreichungsform
3. Stoff- oder Indikationsgruppe oder Wirkungsweise
4. Anwendungsgebiete
5. Gegenanzeigen
6. Ggf. Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung
7. Wechselwirkungen
8. Warnhinweise
9. Dosierungsanleitung / Art der Anwendung / Häufigkeit / Behandlungsdauer (sofern zutreffend)
10. Hinweise zum Verhalten bei Überdosierung und vergessener Einnahme bzw. vorzeitigem Absetzen
11. Empfehlung zur Klärung von Fragen den Arzt oder Apotheker aufzusuchen
12. ggf. Vorsichtsmaßnahmen für die Aufbewahrung und Haltbarkeit im angebrochenen Zustand
13. ggf. Warnung vor sichtbaren Anzeichen dafür, dass das AM nicht mehr zu verwenden ist
14. Arzneilich wirksame Bestandteile nach Art und Menge und sonstige Bestandteile nach Art
15. Inhalt nach Gewicht, Volumen oder Stückzahl
16. Name und Anschrift des pharmazeutischen Unternehmers bzw. des Herstellers oder des Einführers
17. Nebenwirkungen, ggf. Gegenmaßnahmen
18. Lagerungshinweise
19. Hinweis „nach Ablauf des auf der Packung angegebenen Verfallsdatums nicht mehr anzuwenden“
20. Datum der letzten Überarbeitung der Packungsbeilage

Prüfung der Primär- und Sekundärpackmittel (§ 12 ApBetrO):

entspricht

1. Dichtigkeit der Verschlüsse
2. Unversehrtheit des Originalverschlusses bei Schraubverschlüssen
3. Unversehrtheit der Blisterfolie bei Tabletten
4. Übereinstimmung der Chargenbezeichnung auf Primär- und Sekundärpackmittel

Prüfung der Arzneiform: (Sofern durchführbar, einfache, nicht zerstörende Sinnesprüfungen)

Feste Arzneiformen (z.B. Tabletten, Dragees, Kapseln)

entspricht

Unversehrtheit (kein Bruch)

gleichförmiges Aussehen (Farbe, Form) (keine Verfärbungen / Verformungen)

Sonstige: _____

Flüssige Arzneiformen (z.B. Lösungen, Augen- / Nasentropfen)

entspricht

Farbe (keine Ver- oder Entfärbung)

klare Lösung (frei von Schwebeteilchen, Trübung, Ausfällungen, Kristallisation)

Sonstige: _____

Ergebnis:

festgestellte Mängel und daraufhin eingeleitete Maßnahmen

keine Beanstandungen

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

PRODUKT EINSTUFUNG

Checkliste zur Charakterisierung von Medizinprodukten

Produkt: _____

Produkt Daten:

Hersteller: _____ Lieferant: _____

Charge: _____ Verwendbar bis: _____ Packungsgröße: _____

Erkennbare Angaben aus CE-Kennzeichnung:

Lagerartikel: ja nein Saisonartikel PZN: _____

Lagerort:

Kühlschrank Generalalphabet Freiwahl Sichtwahl Sonstiger Lagerort: _____

Rechtliche Eigenschaften:

verschreibungspflichtig apothekenpflichtig nicht apothekenpflichtig

besondere Bestimmungen: ja nein

Benennen Sie kurz die besonderen Anforderungen:

Wirtschaftliche Daten:

AEK: _____ AVK: _____ Spanne: _____

Höchstpreis: _____ Festpreis: _____ GKV-Rabatt: _____

Daten der letzten drei Lieferungen:

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Abverkäufe im letzten Jahr

Jan _____ Feb _____ Mär _____ Apr _____ Mai _____ Jun _____ Jul _____

Aug _____ Sep _____ Okt _____ Nov _____ Dez _____ Durchschnitt: _____

Lieferverträge mit: _____

Erstattungsfähigkeit vollständig bei Verleih bei Abgabe

Abgabepreisbestimmung:

Patientenzuzahlung: _____

PRODUKT EINSTUFUNG

Checkliste zur Charakterisierung von Medizinprodukten

Eigenschaften:

Art des Medizinprodukts:

Risikoklasse: _____ steril nicht steril

Verbandstoff Inkontinenzartikel Messgerät Kompressionsartikel Elektrolytlösung

medizinisches Gerät Sonstiges: _____

Einsatzgebiet: _____

Welche Fragen stellen Sie einem Patienten, der dieses Produkt kaufen will:

Erklären Sie die Wirkung / Anwendung des Produkts kurz und kundenverständlich!

Beratungsempfehlungen (Dosierung, Anwendungshinweise, Anwendungsdauer):

Unerwünschte Wirkungen, Risiken (NW, WW, KI, Warnhinweise)

Hinweise zur Pflege, Wartung, Kalibrierung:

Genutzte Literatur:

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

PRODUKT EINSTUFUNG

Checkliste zur Charakterisierung Nahrungsergänzungsmittel | (ergänzende) bilanzierte Diät

Produkt: _____

Produkt Daten

Hersteller: _____ Lieferant: _____

Charge: _____ Verwendbar bis: _____ Packungsgröße: _____

Zutaten: _____

Einstufung

NEM (ergänzende) bilanzierte Diät Sonstiges: _____

Lagerartikel: ja nein Saisonartikel PZN: _____

Lagerort: Freiwahl Sichtwahl Generalalphabet Sonstiger Lagerort: _____

Rechtliche Eigenschaften

Lebensmittel- und Futtermittelgesetzbuch (LFGB) Nährwert-Kennzeichnungsverordnung (NKV)

Lebensmittel-Kennzeichnungsverordnung (LMKV) Nahrungsergänzungsmittelverordnung (NemV)

Diätverordnung (DiätV) Sonstige: _____

Benennen Sie kurz die rechtlichen Anforderungen an das Produkt:

Wirtschaftliche Daten

AEK: _____ AVK: _____ Spanne: _____

Höchstpreis: _____ Festpreis: _____ GKV-Rabatt: _____

Daten der letzten drei Lieferungen:

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Datum: _____ Stückzahl: _____ EK: _____ Lieferant: _____

Abverkäufe im letzten Jahr

Jan _____ Feb _____ Mär _____ Apr _____ Mai _____ Jun _____ Jul _____

Aug _____ Sep _____ Okt _____ Nov _____ Dez _____ Durchschnitt: _____

PRODUKT EINSTUFUNG

Checkliste zur Charakterisierung Nahrungsergänzungsmittel | (ergänzende) bilanzierte Diät

Prüfung der Kennzeichnung (§ 4 LMKV | § 4 NemV | § 21 DiätV | Anlage 1 NKV)

	Erforderlich	Entspricht
1. Verkehrsbezeichnung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Empfohlene tägliche Verzehrmenge: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Warnhinweis Überschreitung empfohlene tägliche Verzehrmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Charakteristische Stoffkategorien: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beschreibung Eigenschaften und Merkmale, denen das Lebensmittel seine Zweckbestimmung verdankt: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hinweis "zur diätetischen Behandlung von ..." (Krankheit, Störung o. Beschwerden, für die das Produkt bestimmt ist) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wichtiger Hinweis „zur ausschließlichen Ernährung bestimmt“ oder „ergänzende bilanzierte Diät“ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Hinweis: Kein Ersatz für ausgewogene und abwechslungsreiche Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Angabe der Altersgruppe _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wichtiger Hinweis: „Muss unter ärztlicher Aufsicht verwendet werden“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wichtiger Hinweis: „Kann die Gesundheit von Personen gefährden, die nicht an den Krankheiten, Störungen oder Beschwerden leiden, für die [Produkt] bestimmt ist“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hinweis auf bestimmte Vorsichtsmaßnahmen oder Gegenanzeigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hinweis, dass das Produkt nicht parenteral verwendet werden darf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Angabe der Osmolalität oder Osmolarität _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Name und Anschrift des Herstellers, Verpackers oder Verkäufers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Mindesthaltbarkeitsdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Füllmenge nach Gewicht, Volumen, Stückzahl: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Lagerhinweis: Außerhalb der Reichweite von Kindern zu lagern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gebrauchsanweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inhaltsangaben

	Erforderlich	Entspricht
1. Zutatenverzeichnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Angabe der Brennwerte (kJ und kcal) sowie der Gehalt an Proteinen, Kohlenhydraten und Fetten _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Menge der Nährstoffe, bezogen auf empfohlene tägliche Verzehrmenge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Menge sämtlicher Mineralstoffe und Vitamine (Anlage 6 DiätV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ursprung und Art der in dem Erzeugnis enthaltenen Proteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vitamine und Spurenelemente in % der Referenzwerte (Anlage 1 NKV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergebnis:

keine Beanstandungen

festgestellte Mängel: _____

PRODUKT EINSTUFUNG

Checkliste zur Charakterisierung Nahrungsergänzungsmittel | (ergänzende) bilanzierte Diät

Anwendung

Zweckbestimmung: _____

Zulässige gesundheitsbezogene Angaben (Health-claims):

Welche Frage(n) stellen Sie einem Patienten, der dieses Produkt kaufen will?

Erklären Sie kurz und kundenverständlich, was das Produkt bewirkt!

Was kann/darf der Kunde nicht erwarten?

Möglicher Anwenderkreis: _____

Ärztliche Aufsicht: erforderlich empfehlenswert nicht notwendig

Art der Anwendung bzw. Verzehrempfehlung: _____

Begrenzung der Anwendungsdauer: _____

Anwendungshinweise: vor dem Essen zum Essen nach dem Essen unabhängig

Wechselwirkungen mit Arzneimitteln: _____

Vorsichtsmaßnahmen: _____

Gegenanzeigen: _____

Abgrenzung „Schwindelprodukte“

- Verbot krankheitsbezogener Werbung (§ 12 LFGB) wird sowohl in der Produkt-Kennzeichnung als auch in der Werbung eingehalten.
- Verbot von Hinweisen oder Behauptungen in Werbung, Kennzeichnung oder Aufmachung, dass bei ausgewogener und abwechslungsreicher Ernährung im Allgemeinen die Zufuhr angemessener Nährstoffmengen nicht möglich ist, wird eingehalten.

Fazit Produktempfehlung

- nicht empfehlenswert empfehlenswert auf Nachfrage des Kunden
- aktiv zu empfehlen, wenn: _____

Datum

Unterschrift Praktikant

Kenntnis Ausbilder

HERSTELLUNG VON ARZNEIMITTELN

Arbeitsblatt zur Ausbildung Plausibilitätsprüfung, Herstellungs- und Prüfanweisung, Herstellung, Prüfung

1. Plausibilitätsprüfung

Rezepturbezeichnung: _____

Verordnender Arzt: _____ Erstverordnung: _____ Rx? Ja Nein
Darreichungsform: _____ Primärverpackung: _____ Haltbarkeit: _____
Art der Anwendung: _____ Applikationshilfe: _____ Aufbrauchfrist: _____
Anwendungsdauer: _____ Kindersicherung: _____ Kinder-AM _____
Dosierung: _____ Lichtschutz: _____

Bezeichnung (Ausgangsstoffe)	Funktion (Wirkstoff, Füllstoff, Emulgator, Konservierungsmittel...)	Menge (Soll)	Eigenschaften (Aggregatzustand, Lagerung, Modifikationen, Gefahrstoff, ...)

Konzentration: Wirkstoff 1: _____ Wirkstoff 2: _____
Konservierungsmittel: _____ pH-Wert der Rezeptur: _____

Plausibilitätskontrolle	OK?
Therapie <input type="checkbox"/> Erforderliche Angaben zur Therapie sind vorhanden (Art der Anwendung Anwendungsdauer Gebrauchsanweisung).	<input type="radio"/>
Wirkstoffe <input type="checkbox"/> Dosierung korrekt (Normdosis / therapeutische Dosis). <input type="checkbox"/> Therapeutisch sinnvolle Kombination mehrerer Wirkstoffe.	<input type="radio"/>
Bedenklichkeit <input type="checkbox"/> Keine bedenklichen Ausgangsstoffe (§ 5 AMG) enthalten.	<input type="radio"/>
Kompatibilität <input type="checkbox"/> Kompatibilität der Rezepturbestandteile ist gewährleistet.	<input type="radio"/>
Applikation <input type="checkbox"/> Applikation ist sinnvoll und möglich. <input type="checkbox"/> Dosiergenauigkeit ist gewährleistet.	<input type="radio"/>
Stabilität <input type="checkbox"/> Die Stabilität ist gewährleistet. <input type="checkbox"/> Die ausreichende Konservierung ist gewährleistet.	<input type="radio"/>

Freigabe

_____ Datum _____ Unterschrift Apotheker

Kennzeichnung (siehe CL-2 Kennzeichnung von Rezepturen)

		<u>Mindestangaben auf dem Etikett:</u> ✓ Name und Anschrift der abgebenden Apotheke (soweit unterschiedlich, des Herstellers) ✓ Inhalt (Gewicht, Rauminhalt oder Stückzahl) ✓ Art der Anwendung ✓ Gebrauchsanweisung ✓ Wirkstoffe nach Art und Menge ✓ sonstige Bestandteile nach Art ✓ Herstellungsdatum ✓ Verwendbarkeitsfrist („verwendbar bis:“) ✓ Hinweise auf besondere Vorsichtsmaßnahmen ✓ Name des Patienten
--	--	---

HERSTELLUNG VON ARZNEIMITTELN

Arbeitsblatt zur Ausbildung Plausibilitätsprüfung, Herstellungs- und Prüfanweisung, Herstellung, Prüfung

Patient/Kunde: _____ verordnender Arzt: _____ Herstellungsnummer: _____

2. Herstellungsanweisung

Einwaagekorrektur:

Hygienemaßnahmen:

Arbeitsplatz und Geräte desinfizieren Desinfektionsmittel: _____

Händedesinfektion Desinfektionsmittel: _____

Schutzmaßnahmen (entsprechend der Gefährdungsbeurteilung):

Schutzhandschuhe Atemschutz Schutzbrille Abzug

Sonstige: _____

Gegenstände und Materialien für die Herstellung:

Analysenwaage Rezepturwaage Salbenrührgerät Kapselfüllmaschine

Fantaschale, Pistill Mörser, Pistill Wasserbad Dreiwalzenstuhl

Weitere: _____

3. Herstellung (☒)

Faktor: _____

Hygiene:

Ch.B: _____

Ch.B: _____

Schutzmaßnahmen

Gegenstände

Analysenwaage:

Libelle geprüft tariert

Rezepturwaage:

Libelle geprüft tariert

Wasserbad:

Temperatur: _____ °C

Ausgangsstoffe	Prüfnummer	Soll-Einwaage	Ist-Einwaage	Signatur(en)
				/
				/
				/
				/
				/

Herstellungsablauf, -technik & -parameter

Inprozesskontrolle

entspricht

1. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
4. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
5. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
6. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
7. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
8. _____	_____	<input type="checkbox"/> /
9. _____	_____	<input type="checkbox"/> /

Organoleptische Prüfung des Endproduktes:

Aussehen/Farbe: _____ Konsistenz/Homogenität Geruch:

Sonstiges: _____

entspricht

Aussehen/Farbe

Konsistenz/Homogenität

Geruch

Sonstiges

Datum Herstellungsanweisung

Freigabe Apotheker

Herstellungsdatum

Herstellender

Freigabe Rezeptur

HERSTELLUNG VON ARZNEIMITTELN

Arbeitsblatt zur Ausbildung Plausibilitätsprüfung, Herstellungs- und Prüfanweisung, Herstellung, Prüfung

4. Taxation

Bezeichnung	Taxpreis	Zuschläge	Bemerkung
1.		€	
2.		€	
3.		€	
4.		€	
5.		€	
6.		€	
Abgabepreis:		€	

Der Taxpreis wurde auch am PC ermittelt und das Ergebnis verglichen. Preis: _____

5. Prüfanweisung (wenn erforderlich)

Organoleptische Prüfung des Endproduktes:

- Aussehen/Farbe: _____ Konsistenz/Homogenität Geruch:
 Sonstiges: _____

Weitere Prüfung des Endproduktes:

- pH-Wert (Soll): _____
 Teilchengrößen (Sollverteilung): _____
 Gleichförmigkeit der Masse (Sollwert): _____ Prüfmenge: _____
 Gehaltsbestimmung (Methode): _____ Sollwert: _____
 Mikrobiologie (Methode): _____ Sollwert: _____

Sonstige Prüfungen

Bezeichnung: _____
Probenahme: _____ Prüfmethode: _____
Sollwert: _____ Grenzwerte: _____
Art der Prüfung: _____

Bezeichnung: _____
Probenahme: _____ Prüfmethode: _____
Sollwert: _____ Grenzwerte: _____
Art der Prüfung: _____

Bezeichnung: _____
Probenahme: _____ Prüfmethode: _____
Sollwert: _____ Grenzwerte: _____
Art der Prüfung: _____

6. Prüfung (☒)

entspricht

- Aussehen/Farbe
 Konsistenz/Homogenität
 Geruch
 Sonstiges

- pH-Wert: _____
 Teilchengr.: _____
 Gleichförmigkeit der Masse
 Gehalt.: _____
 Mikrobiologie

entspricht

Istwert: _____
 / _____

entspricht

Istwert: _____
 / _____

entspricht

Istwert: _____
 / _____

Freigabe Prüfanweisung _____ Prüfer _____ Freigabe Defektur _____

Datum Prüfanweisung _____ Datum Prüfung _____ Datum Freigabe _____

BESCHEINIGUNG ÜBER DIE TÄTIGKEIT ALS FAMULUS

(nach Anlage 7 Approbationsordnung für Apotheker)

Herr / Frau _____

ist in der Zeit vom _____ bis _____

nach § 3 der Approbationsordnung für Apotheker in der unten bezeichneten Einrichtung unter meiner Aufsicht und Leitung als Famulus tätig gewesen.

Er/Sie hat in dieser Zeit ganztätig mitgearbeitet.

Die Ausbildung ist vom _____ bis _____
unterbrochen / nicht unterbrochen worden.*)

_____, den _____
Ort Datum

Stempel der Apotheke / Einrichtung

Bezeichnung der Ausbildungsstätte

Unterschrift des verantwortlichen Apothekers

*) Nichtzutreffendes streichen

Stand: August 2004

EVALUATION

der Empfehlungen von BPhD und Landesapothekerkammer Thüringen zur Durchführung der Famulatur

Fax: 0361 / 244 08 69

Apotheke: _____

Wir betreuen regelmäßig Famulanten. Wir hatten vorher kaum Famulaturerfahrungen.

Wochenplan hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Arzneimittelberatung hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Arzneimittelbewertung hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Einstufung Medizinprodukt hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Einstufung NEM hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Arzneimittelherstellung hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Arzneimittelrisiken hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Arbeitsblatt Prüfung Fertigarzneimittel hilfreich eher nicht hilfreich nicht genutzt

Anmerkungen: _____

Für die Planung und Durchführung der Famulatur sind folgende weitere Unterlagen wünschenswert:
