

Landesapothekerkammer Thüringen | Thälmannstraße 6 | 99085 Erfurt

Landesapothekerkammer Thüringen  
Thälmannstr. 6  
99085 Erfurt

### ANTRAG AUF VERLÄNGERUNG DES ZERTIFIKATS PARENTERALIA

Hiermit beantrage ich

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

die Verlängerung meines Zertifikats „Parenteralia“ bzw. „Zytostatikazubereitungen“. Die dafür nötigen Voraussetzungen werden von mir erfüllt.

Mein bisheriges Zertifikat ist bzw. war gültig bis zum \_\_\_\_\_

Ich habe am \_\_\_\_\_ an einem der Module zur zertifizierten Fortbildung Parenteralia bzw. an einer Aufbaufortbildung teilgenommen.

Ich habe im letzten Jahr regelmäßig parenterale Zubereitungen hergestellt, der Leiter unserer Einrichtung bestätigt mir dies durch seine Unterschrift.

Ich habe im letzten Jahr nicht regelmäßig parenterale Zubereitungen hergestellt. Dem Antrag liegt daher eine Bestätigung über die praktische Fortbildung nach § 3 (3) bei.

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

Für die Verlängerung des Zertifikates ist die Beschreibung eines Fallbeispiels notwendig, in dem ein Problem beschrieben wird, dass sich in Bezug auf die Herstellung, die zugrunde liegende Therapie, die Darreichungsform oder eines anderen relevanten Sachverhaltes ergeben hat. Diese Beschreibung liegt diesem Antrag bei.

Ich versichere, diese Ausarbeitung selbst erstellt zu haben. Das Fallbeispiel darf im Rahmen des Erfahrungsaustausches der Aufbaufortbildung besprochen werden.

**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 \_\_\_\_\_ Antragsteller \_\_\_\_\_ Leiter der Einrichtung \_\_\_\_\_

Der Leiter der Einrichtung bestätigt dem Antragsteller, dass dieser im Jahr vor der Antragstellung regelmäßig parenterale Zubereitungen hergestellt hat. Die Unterschrift ist nicht notwendig, wenn eine unterschriebene Bestätigung über die praktische Fortbildung nach § 3 (3) beiliegt.

**Fallbeispiel für die Verlängerung des Zertifikats Parenteralia**

Name: \_\_\_\_\_ Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Kurze Benennung des Fallbeispiels / Problems:**

\_\_\_\_\_

**Art des „Problems“**

besondere Herstellung       besondere Therapie       besondere Darreichung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ausführliche Beschreibung des Fallbeispiels / Problems:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Auftretende Häufigkeit: \_\_\_\_\_

Rücksprache Arzt erforderlich       Rücksprache mit dem Hersteller

**Art der Lösung**

besondere Herstellung       besondere Therapie       besondere Darreichung

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Ausführliche Beschreibung der Lösung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Schritte wurden unternommen, damit das Problem nicht mehr auftritt?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_