



# Apothekerkammer Bremen

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Tel.: 04 21 / 17 09 17  
Fax: 04 21 / 17 09 18  
E-Mail: info@ak-bremen.de

An die  
Apothekerkammer Bremen  
Eduard-Grunow-Str. 11  
28203 Bremen

## Antrag

### auf Akkreditierung einer Fortbildungsveranstaltung im Rahmen des Fortbildungszertifikates durch die Apothekerkammer Bremen

(Posteingang bei der Geschäftsstelle der Apothekerkammer Bremen bis spätestens 4 Wochen vor  
Beginn der Veranstaltung)

<b>Veranstalter</b> (Name, Firma, Straße, PLZ, Ort)	
<b>Ansprechpartner</b> (Name, Qualifikation, Telefonnummer, Email)	
<b>Referent</b> (Name, Qualifikation, Telefonnummer, Email)	
<b>Veranstaltungsthema</b> (Bitte Programm bzw. Einladung beilegen)	
<b>Termin/e und Ort/e</b>	
<b>Art der Veranstaltung</b> (Kategorie)	<input type="checkbox"/> Seminar, Workshop, Praktikum, wiss. Exkursion, Qualitätszirkel, <input type="checkbox"/> Kongress <input type="checkbox"/> Vortrag <input type="checkbox"/> fachliche Moderation <input type="checkbox"/> weitere: _____
<b>Veranstaltungsdauer (ohne Pausen)</b> (in Fortbildungseinheiten, eine Fortbildungseinheit entspricht 45 Minuten) (in Minuten reine Vortragszeit)	Anzahl Fortbildungseinheiten: _____ Minuten reine Vortragszeit: _____

<b>Zielgruppe bzw. Teilnehmerkreis</b>	<input type="checkbox"/> Apotheker/innen <input type="checkbox"/> Pharmaziepraktikanten <input type="checkbox"/> PTA <input type="checkbox"/> Sonstige: _____
<b>Teilnahmegebühr:</b>	Euro: _____ <input type="checkbox"/> kostenlos
<b>Wird eine Evaluation durchgeführt?</b> (wenn ja, bitte Evaluationsbögen beifügen und Evaluationsergebnis nachreichen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Wird eine Lernerfolgskontrolle durchgeführt?</b> (wenn ja, bitte Lernerfolgskontrollbogen beifügen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Liegt bereits eine Anerkennung bzw. Ablehnung einer anderen Apothekerkammer für diese Veranstaltung vor?</b>	<input type="checkbox"/> ja, <b>Anerkennung</b> erteilt am _____ durch die Apothekerkammer _____ <input type="checkbox"/> ja, <b>Ablehnung</b> erteilt am _____ durch die Apothekerkammer _____ <input type="checkbox"/> nein

Für die vorgenannte Veranstaltung beantrage/n ich/wir die Anerkennung als eine auf das freiwillige Fortbildungszertifikat der Apothekerkammer Bremen anrechenbare Fortbildung.

Hiermit wird bestätigt, dass die Inhalte der apothekerlichen Fortbildung unabhängig von werbenden Interessen Dritter sind und qualitätssichernden Anforderungen an Fortbildungsveranstaltungen (z.B. den Leitsätzen und Empfehlungen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Fortbildung) entsprechen: Die Sponsorentätigkeit beeinflusst nicht Form und Inhalt der Fortbildungsmaßnahme. Objektive Produktinformationen nach wissenschaftlichen Kriterien, zum Beispiel durch die pharmazeutische Industrie, sind zulässig.

Das Führen von Teilnehmerlisten und das Aushändigen von Teilnahmebescheinigungen (Bitte Blanko-Teilnahmebescheinigung diesem Antrag beilegen) mit der Angabe der Fortbildungspunkte ist Pflicht.

### Verwaltungsgebühr

Die Verwaltungsgebühr beträgt 50,00 Euro.

Sie wird fällig mit Erhalt der Akkreditierung/Ablehnung. Die Zahlungsmodalitäten entnehmen Sie bitte der dann beigefügten Rechnung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel