Apothekerkammer Bremen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Berichtsheft für PKA-Auszubildende

Durch das Führen eines Berichtsheftes als Ausbildungsnachweis wird der zeitliche und sachliche Ablauf der Ausbildung nachgewiesen. Das Führen eines Berichtsheftes ist nach der Prüfungsordnung § 10 Abs. 4 für die/den PKA-Auszubildende/n Voraussetzung für die Zulassung zur Abschlussprüfung.

Die Anforderungen an Umfang und Inhalt werden im Folgenden erläutert:

Das Berichtsheft wird monatlich – handschriftlich - geführt. Dazu werden die beigefügten Vordrucke für die Monatsberichte verwendet. Der Bezug zum betrieblichen Ausbildungsplan für PKA muss aus den Monatsberichten deutlich werden. Hier ist die Anlage zum betrieblichen Ausbildungsplan für PKA hilfreich, die – bundesweit einheitlich – die Tätigkeiten näher erläutert.

Nur die neu erlernten Tätigkeiten sollen aufgelistet und kurz beschrieben werden.

Die Angabe: „Drogen weggeräumt“ ist zu ungenau.

Hier sollte aufgeführt werden: Welche Drogen? Lateinische/Deutsch Bezeichnung. Welche Behältnisse wurden verwendet? Warum trocken lagern etc.

Immer wiederkehrende Tätigkeiten z. B. „Waren weggeräumt“ werden nur einmal kurz erläutert und in den folgenden Monatsberichten nicht mehr aufgelistet.

Darüber hinaus muss zusätzlich zu den Monatsberichten pro Quartal ein Aufsatz geschrieben werden, dessen Umfang nicht mehr als eine maschinengeschriebene DIN A 4-Seite umfassen sollte. Als Thema empfiehlt es sich, aus der Anlage des Ausbildungsplanes für PKA ein Stichwort zu wählen, das dem laufenden Quartal zugeordnet ist. Beispiel: Auszubildender befindet sich im 2. Quartal des 1 Ausbildungsjahres und bekommt vom Ausbilder das Thema „Welche Arzneimittelgruppen gibt es im Apotheken?“ Die Quartalsaufsätze werden nummeriert und im Berichtsheft abgeheftet.

Ausbildungsnachweis
für

Namen, erfassen

(Name, Vorname)

Ausbildungsberuf: Pharmazeutisch-kaufmännische/r Angestellte/r

geb. am: _____ in: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name des gesetzlichen Vertreters: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ausbildungsapotheke: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Beginn der Ausbildung: _____

Ende der Ausbildung: _____

Vor- und Zuname des Auszubildenden_____

Ausbildungsnachweis Nr. _____ für den Monat _____

Apotheke:_____

1. Ausbildung im Betrieb
2. Ausbildung in der Berufsschule
Bemerkungen

_____	_____	_____	_____
Datum	**Unterschrift des Auszubildenden**	**Datum**	**Unterschrift des Ausbildenden**