

Antrag auf Erteilung des ATHINA-Zertifikats



Antrag an die Landesapothekerkammer Brandenburg
Gesamt per E-Mail an athina@lakbb.de
oder per FAX an 0331 / 888 66 20

Hiermit beantrage ich die Erteilung des ATHINA-Zertifikats der Landesapothekerkammer Brandenburg

Antragsteller (Name, Vorname, Titel):

Anschrift (privat):

Arbeitsstätte, Ort:

Hiermit bestätige ich, dass ich die folgenden Voraussetzungen erfülle (gemäß ATHINA-Zertifikatsleitlinie der Landesapothekerkammer Brandenburg):

- Ich bin als Apotheker/in im Kammerbereich Brandenburg regelmäßig mehr als 10 Stunden in der Woche pharmazeutisch tätig
- in einer öffentlichen Apotheke. Krankenhausapotheke.

Ich habe

- an einer ATHINA-Schulung teilgenommen (Datum von _____ bis _____).
(wenn Teilnahme außerhalb Brandenburgs, bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)
- vier Patientenfälle in einem Zeitraum von 6 Monaten (maximal zwischen erstem und letztem Patientenfall) bearbeitet und das Ergebnis in Form des anonymisierten ATHINA-Bogens eingereicht (an athina@lakbb.de).
- an acht ATHINA-Webseminaren (bitte Teilnahmebescheinigungen beifügen) in einem Zeitraum von 6 Monaten teilgenommen.

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Arbeitsstätte durch die Landesapothekerkammer Brandenburg unter den ATHINA-zertifizierten Apotheker/innen auf der Webseite der Landesapothekerkammer Brandenburg und in deren Mitteilungsblatt

- bin ich einverstanden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller