

Antrag: Erteilung des ATHINA-Zertifikats

Hiermit beantrage ich die Erteilung des ATHINA-Zertifikats der Apothekerkammer Berlin

Antragsteller (Name, Vorname, Titel):

Anschrift (privat):

Arbeitsstätte, Ort:

Hiermit bestätige ich, dass ich die folgenden, gem. Richtlinie der Apothekerkammer Berlin über das ATHINA-Zertifikat erforderlichen Voraussetzungen erfülle.

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

Ich habe

- an einer 16-stündigen ATHINA-Schulung teilgenommen (Datum: _____)**

(wenn Teilnahme außerhalb Berlins, bitte Teilnahmebescheinigung beifügen)

- vier Patientenfälle in einem Zeitraum von 6 Monaten bearbeitet und das Ergebnis in Form des anonymisierten ATHINA-Bogens eingereicht (an athina@akberlin.de)**

- an 8 ATHINA-Webinaren (bitte Teilnahmebescheinigungen beifügen) in einem Zeitraum von 6 Monaten teilgenommen.**

Mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Beschäftigungsstätte durch die Apothekerkammer Berlin in der Liste über ATHINA-zertifizierte Apotheker/innen auf der Webseite der Apothekerkammer Berlin und in deren Mitteilungsblatt

- bin ich einverstanden.**

Jede Änderung meiner Beschäftigungsstätte teile ich der Apothekerkammer Berlin unverzüglich mit.

Datum, Unterschrift:

Antragsteller

Antrag an die Apothekerkammer Berlin

Gescannt per Email an athina@akberlin.de
oder per FAX an 030/31 59 64 30