

Gesuch zur Anerkennung einer praktischen Weiterbildungsperiode in Spitalpharmazie in nicht anerkannter Weiterbildungsstätte

Weiterzubildende*r

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Hauptweiterbildungsstätte

Bezeichnung: _____

Ort: _____

Hauptweiterbildende*r

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Externe nicht anerkannte Weiterbildungsstätte

Bezeichnung: _____

Ort: _____

Betreuende*r Weiterbildende*r

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Dauer der Weiterbildungsperiode

Von: _____ Bis: _____

Gemäss Art. 5.2.2 des WBP können nur ununterbrochene Weiterbildungsperioden von mindestens sechs Monaten an der gleichen Weiterbildungsstätte angerechnet werden. Drei Kurzperioden von weniger als sechs Monaten sind jedoch zulässig. Maximal 12 Monate können an einer nicht anerkannten Weiterbildungsstätte in der Schweiz oder im Ausland absolviert werden. Eine pharmazeutische Tätigkeit im Rahmen der Schweizer Armee, als Mitglied des Schweizerischen Katastrophenhilfekorps, bei Rotkreuz-Missionen, bei Pharmaciens sans Frontières oder im Rahmen ähnlicher Hilfsaktionen kann im Umfang von mindestens 1 Monat und maximal 6 Monaten an die Weiterbildung angerechnet werden und gilt als praktische Weiterbildung an einer nicht anerkannten Weiterbildungsstätte. An die praktische Weiterbildung anrechenbare kurze Praktika bis zu höchstens 1 Monat bedürfen keiner Bewilligung durch das Institut FPH.

1 Allgemeine Angaben

1.1 Angaben Hauptweiterbildende*r (von der FPH Spital für den gesamten Weiterbildungsgang anerkannt)

Titel: Name: Vorname:

Telefon direkt:

E-Mail:

1.2 Angaben externe Weiterbildungsstätte

Institution:	
Bezeichnung Weiterbildungsstätte:	
Strasse:	
Postleitzahl, Ort:	
Land:	
Telefon:	
E-Mail:	
Leiter Weiterbildungsstätte:	
Stv. Leiter Weiterbildungsstätte:	

2 Weiterbildungsperiode

2.1 Regelung

Schriftliches Einverständnis mit externer Weiterbildungsstätte ist vorhanden: Ja Nein

Falls ja, bitte Einverständnis-Kopie beilegen.

2.2 Lernziele

Absolvierung folgender praktischer Lernziele gemäss Lernzielkatalog (Anhang I WBP):

Kompetenzkreis	Lernziel	Dauer
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3 Weiterbildungsstätte

3.1 Tätigkeitsbereich/Leistungsauftrag

Kurze Beschreibung des Tätigkeitsbereichs/Leistungsauftrags:

3.2 Infrastruktur

- Die/der für die gesamte Weiterbildung verantwortliche Weiterbildende bestätigt hiermit, dass für das Erreichen der unter 2.2 aufgeführten Lernziele alle notwendigen räumlichen und strukturellen Einrichtungen vorhanden sind.

Zudem sind folgende Bedingungen erfüllt:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Arbeitsplatz für Weiterzubildend vorhanden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zugang zu Fachliteratur für Weiterzubildenden vorhanden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zugangsberechtigung zu elektronischen Dokumentationen für Weiterzubildenden vorhanden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Freien Zugang für Weiterbildende zur Fachbibliothek der Institution vorhanden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

4 Weiterbildende*r

4.1 Personalien

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____
 Stellenbezeichnung: _____ Stellenprozent: _____

4.2 Aus- und Weiterbildungen

Apotheker-Diplom: Ja Nein

Falls ja welches:

- Eidgenössisches oder eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom
 ausländisches Diplom

Weiterbildung / Spezialisierung

Titel/Diplom: _____

Titel/Diplom: _____

Bitte nur ausfüllen, falls die/der Weiterbildende nicht Apotheker ist:

Andere Ausbildung: Ja Nein

Titel/Diplom: _____ Jahr: _____ Ausbildungstätte: _____

Andere für die Fachbetreuung relevanten Weiterbildungen

Titel/Diplom: _____

Titel/Diplom: _____

4.3 Dissertation/Habilitation

Dissertation Habilitation Professur

Falls ja:

Dissertationsthema:

Habilitationsthema:

Forschungsgebiet:

Aktuelle Lehrtätigkeit, Fach:

4.4 Wissenschaftliche Tätigkeit

Wissenschaftliche Tätigkeit im für die Lernziele relevanten Fachbereich:

Ja Nein

Wissenschaftliches Projekt	Publikation/ Bericht	Jahr
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

4.5 Weitere in die Betreuung der Weiterzubildenden involvierte Weiterbildende Apotheker*innen:

Fachspezialisierung Anzahl Stellen%

Fachapotheker*in in Spitalpharmazie :

Fähigkeitsausweis Klinische Pharmazie :

Andere Apotheker*innen: Ja Nein

Andere Berufsgruppen: Ja Nein
Falls ja: welche?

Funktion: Beruf: _____

Funktion: Beruf: _____

4.6 Pflichten der betreuenden Fachperson

Die betreuende Fachperson

- ist verfügbar während der gesamten Dauer der externen Weiterbildungsperiode. Ja Nein
- Ist informiert, das Erreichen der vereinbarten Lernziele während der externen Weiterbildungsperiode anhand des Formulars „Evaluation praktische Lernziele“ zu evaluieren und zu dokumentieren. Ja Nein

5 Weiterzubildende*r

Fragebogen zur Evaluation der externen Weiterbildungsperiode (Weiterbildungsstätte und betreuende Fachperson) vorhanden:

Ja Nein

Bitte Fragebogen beilegen.

Allgemeine Bemerkungen:

Ort/Datum:

Unterschrift verantwortlicher
Weiterbildner:

Anmerkung:

Das korrekt ausgefüllte Antragsformular inkl. erforderliche Beilagen ist der Fachgesellschaft FPH Spital per E-Mail: fph@gsasa.ch einzureichen.

Der deutsche Text ist massgebend

Abréviations :

Art. Artikel

FTE Full Time Equivalent

WBP Weiterbildungsprogramm

Checkliste der Beilagen

- Kopie der Vereinbarung mit der externen Weiterbildungsstätte
- Fragebogen für Evaluation von externer Weiterbildungsperiode