

# Anmeldung zur Weiterbildung in Spitalpharmazie

## Weiterzubildende\*r

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Weiterbildungs-Beginn: \_\_\_\_\_

## Hauptweiterbildungsstätte

Bezeichnung: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

## Hauptweiterbildende\*r

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

*Die/der Weiterzubildende ist verpflichtet, den Beginn der Weiterbildung dem Sekretariat der FPH Spital mittels des offiziellen Anmeldeformulars zu melden (Art. 6.2 und Anhang II des Weiterbildungsprogramms in Spitalpharmazie).*

Dieses Formular FP01 ist gültig ab 01.07.2023

## 1 Personalien der/des Weiterzubildenden

**Privatadresse:**

**Rechnungsadresse:**

entspricht der Privatadresse  
(falls ja, ausfüllen nicht nötig)

---

**Institution:**

---

**Strasse:**

---

**Postleitzahl,  
Ort:**

---

**Telefon:**

---

**Mobile:**

---

**E-Mail:**

---

**Geburtsdatum:**

---

Mitgliedschaft:

GSASA

Ja

Nein

Gesuch eingereicht am:

---

## 2 Aus- und Weiterbildung

### 2.1 Ausbildung

**Apotheker-Diplom:**

Eidgenössisches Diplom

Eidgenössisch anerkanntes ausländisches Diplom

**Weitere Ausbildungen:**

Ja

Nein

Titel/Diplom:

Jahr:

Ausbildungs-  
Stätte:

---

### 2.2 Weiterbildung

Andere Weiterbildungen:

Ja

Nein

Titel/Diplom:

Jahr:

Weiterbildungs-  
Stätte:

---

Möchten Sie diese abgeschlossene Weiterbildung an die Weiterbildung in Spitalpharmazie anrechnen lassen (gemäss Art. XXX des WBP)?

Ja

Nein

Wenn ja bitte Abschlusszertifikat sowie Weiterbildungsprogramm beilegen.

### 2.3 Doktorat

Doktorat:

Ja

Nein

Laufende/geplante Dissertation:

Ja

Nein

Beginn am:

---

Falls laufendes oder abgeschlossenes Doktorat:

Fachgesellschaft

Universität/Fakultät: \_\_\_\_\_

Fachbereich: \_\_\_\_\_ Jahr Titelverleihung: \_\_\_\_\_

Dissertationsthema: \_\_\_\_\_

### 3 Anstellung/Weiterbildungsstätte

Stellenbezeichnung: \_\_\_\_\_ Stellenprozent: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_

Bezeichnung Spitalapotheke: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### 4 Weiterbildung in Spitalpharmazie

#### 4.1 Dauer

Weiterbildungs-Beginn: \_\_\_\_\_ Voraussichtliches Weiterbildungs-Ende: \_\_\_\_\_

#### 4.2 Hauptweiterbildner\*in

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Telefon direkt: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

#### 4.3 Regelung der Weiterbildung

Schriftlicher Vertrag zwischen Weiterzubildenden und Spitalapotheke, der die gegenseitigen Bedingungen, Pflichten und Rechte regelt, ist vorhanden:  Ja  Nein

#### 4.4 Externe praktische Weiterbildung

Externe praktische Weiterbildungsphasen in einer von der FPH Spital bereits anerkannten Weiterbildungsstätte:  Ja  Nein

Falls ja, welche: Weiterbildungsstätte	Dauer	Weiterbildungs-Ziele
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Fachgesellschaft \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Externe praktische Weiterbildungsphase in einer nicht anerkannten Weiterbildungsstätte (maximal 12 Monate):  Ja  Nein

Falls ja, welche:  
 Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_ Weiterbildungsziele \_\_\_\_\_

Anerkennung dieser externen Weiterbildungsperiode ist vorhanden (siehe Formular FP05):  Ja  Nein eingereicht am: \_\_\_\_\_

Weiterbildungsstätte \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_ Weiterbildungs-Ziele \_\_\_\_\_

Anerkennung dieser externen Weiterbildungsperiode ist vorhanden (siehe Formular FP05):  Ja  Nein eingereicht am: \_\_\_\_\_

## 5 Deklaration der Interessenkonflikte

	Hauptweiterbildner*in	Weiterzubildende*r
<b>Finanzielle oder Eigentümerinteressen</b> irgendeiner Art in der pharmazeutischen Industrie und anderen Firmen des Gesundheitssystems: Aktien, Beteiligungen, Obligationen, Eigentumsrechte, Patentrechte usw.		
<b>Tätigkeiten</b> für die pharmazeutische Industrie und andere Firmen des Gesundheitssystems: Anstellungs- oder Auftragsverhältnisse, Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Beiräten oder sonstige Berater- oder Gutachtertätigkeiten (auch unentgeltlich; jedoch keine einmalige / nicht wiederkehrende Aufträge)		
<b>Drittmittel / Spenden</b> von der pharmazeutischen Industrie oder anderen Firmen des Gesundheitssystems: an die Spitalapotheke, aber auch über Spitalfonds (Chefapotheker deklarieren alles; ansonsten werden nur Drittmittel / Spenden für Projekte, welche die Person selber betreffen, deklariert), keine punktuellen finanziellen Vorteile (wie z.B. Kongresseinladungen)		
<b>Persönliche Beziehungen</b> zu Personen der pharmazeutischen Industrie und anderen Firmen des Gesundheitssystems: Verwandtschaft 1. Grades und/oder Personen im gleichen Haushalt		
<b>Sonstige Mitgliedschaften:</b> Fachgesellschaften (inkl. Angabe der Funktion innerhalb der entsprechenden Gesellschaft), politische Parteien (demokratisch gewählte Abgeordnete auf kantonaler oder nationaler Ebene)		
<b>Bemerkungen:</b>		

Der verantwortliche Weiterbildner meldet hiermit, dass der Weiterzubildende die **Weiterbildung in Spitalpharmazie** in der obengenannten Weiterbildungsstätte begonnen hat. Er verpflichtet sich, die Weiterbildung gemäss den aktuell gültigen Vorgaben der Weiterbildungsordnung vom Institut FPH und des Weiterbildungsprogramms in Spitalpharmazie durchzuführen.

**Hauptweiterbildner\*in**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Weiterzubildende\*r**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

*Anmerkung:*

*Das korrekt ausgefüllte Anmeldeformular ist bei Weiterbildungsbeginn unverzüglich dem Sekretariat FPH Spital per E-Mail: [fph@gsasa.ch](mailto:fph@gsasa.ch) einzureichen (Anhang II WBP).*

*Nach Abschluss der Weiterbildung meldet die/der verantwortliche Weiterbildner\*in den/die Weiterzubildende\*n rechtzeitig mit dem auf der GSASA-Webseite ([www.gsasa.ch](http://www.gsasa.ch)) publizierten Formular zur Fachapothekerprüfung an.*

*Die/der Weiterzubildende, die/der Hauptweiterbildner\*in sowie weitere Weiterbildende melden wesentliche Änderungen im Rahmen der laufenden Weiterbildung umgehend der FPH Spital (Anhang II, WBP).*

*Der deutsche Text ist massgebend.*

*Index:*

<i>Art.</i>	<i>Artikel</i>
<i>WBP</i>	<i>Weiterbildungsprogramm</i>
<i>FTE</i>	<i>Full Time Equivalent</i>

**Checkliste der Beilagen**

- Kopie des Apothekerdiploms
- Weitere Dokumente: