

Gesuch zur Anerkennung oder Re-Evaluation als Weiterbildende*r in Spitalpharmazie

- Gesuch zur **Anerkennung** als Weiterbildende*r in Spitalpharmazie
- Gesuch zur **Re-Evaluation** als Weiterbildende*r in Spitalpharmazie

Antragsteller*in

Titel: _____ Name: _____ Vorname: _____

Weiterbildungsstätte

Bezeichnung: _____

Ort: _____

*Das Gesuch für die Anerkennung, Re-Evaluation sowie für den Verzicht der Re-Evaluation als Weiterbildende*r in Spitalpharmazie ist schriftlich in dem dafür vorgesehenen Formular dem Sekretariat FPH Spital einzureichen (Art.6.1 Weiterbildungsprogramm in Spitalpharmazie (WBP)). Es gelten die im Anhang III WBP definierten Anerkennungskriterien.*

Dieses Formular FP02 ist gültig ab 1. Juli 2023

1 Weiterbildungsstätte

Institution: _____

Bezeichnung Spitalapotheke: _____

Strasse: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon direkt: _____

E-Mail: _____

Die Spitalapotheke ist als
Weiterbildungsstätte in Spitalpharmazie
anerkannt: Ja Nein

Gesuch einge-
reicht am: _____

Falls ja, seit: _____

2 Führungs- und Facherschaft

2.1 Führungs-Erfahrung

Stellenbezeichnung: _____

Pensum: _____

Führende Position in der Spitalapotheke: Ja Nein

seit: _____

Falls ja, welche: _____

GSASA-Mitglied: Ja Nein

2.2 Weiterbildung

Fachapotheker*in in Spitalpharmazie: Ja Nein

Falls ja, seit: _____

Jährliche Fortbildungspflicht seit mind. 3
Jahren erfüllt: Ja Nein

Falls ja, seit: _____

Andere Weiterbildungen: Ja Nein

Titel/Diplom: _____

Jahr: _____

Weiterbildungs-
stätte: _____

Titel/Diplom: _____

Jahr: _____

Weiterbildungs-
stätte: _____

2.3 Dissertation/Privatdozent/Professur

- Dissertation
 Falls Professor*in:
 Privatdozent*in
 Professor*in

Lehrtätigkeit, Fach: _____

Forschungsgebiet: _____

2.4 Berufserfahrung

Tätigkeit in einer Spitalapotheke (inkl. Weiterbildung) von mind. 6 Jahren (Pensum mind. 50%): Ja Nein

Falls ja: welche?

Funktion:

Pensum (%):

Dauer (von-bis):

2.5 Mitglied in spitalinternen Fachkommissionen

Mitglied/Mitarbeit in interprofessionellen
 Fachkommissionen und Projektgruppen des Spitals:
 Ja Nein

Falls ja, welche: _____

2.6 Mitglied in spitalexternen Fachkommissionen

Mitglied/Mitarbeit in spitalexternen Fachkommissionen und
 Projektgruppen:
 Ja Nein

Falls ja, welche: _____

2.7 Weitere Weiterbildende

Bitte nur unter folgender Bedingung ausfüllen:

*Ist das Fehlen des Fachapothekertitels in Spitalpharmazie das einzige nicht erfüllte Kriterium, so kann die/der Antragssteller*in trotzdem als Hauptweiterbildner*in anerkannt werden, sofern sie/er Chefapotheker*in in einer anerkannten Weiterbildungsstätte in Spitalpharmazie ist und ihr/sein Mitarbeiterstab folgende Bedingungen erfüllt (Anhang III, WBP):*

Zusätzliche Betreuung der Weiterzubildenden durch:

- Mindestens 2 Fachapotheker*innen in Spitalpharmazie (kumulativ 1 FTE, Arbeitspensum \geq 40%) ODER
- Mindestens 1 Fachapotheker*in in Spitalpharmazie und 1 Inhaber*in des Fähigkeitsausweises FPH in klinischer Pharmazie (kumulativ 1 FTE, Arbeitspensum \geq 40%)

Weitere Weiterbildende:

Name: _____	Vorname: _____
Fachspezialisierung: _____	Anstellungsgrad: _____
Name: _____	Vorname: _____
Fachspezialisierung: _____	Anstellungsgrad: _____
Name: _____	Vorname: _____
Fachspezialisierung: _____	Anstellungsgrad: _____

3 Lehre und Stoffvermittlung

3.1 Betreuung von Dissertationen / Diplomarbeiten

Während den letzten 3 Jahren Begleitung von:

Titel	Disser- tation	Diplom- arbeit	Zertifikats- arbeit	an- dere	Jahr
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Falls keine Betreuung, siehe Kap. 5 (Bedarf einer Supervisorin/eines Supervisors für Betreuung der ersten zwei Diplomarbeiten).

Anmerkung zu 3.2 und 3.3: Es muss nur eine dieser Anforderungen erfüllt sein.

3.2 Dozent*innentätigkeit

Dozent*in von mind. 2 Lehrveranstaltungen/Jahr im Bereich Pharmazie an Universität, Fachhochschule und/oder Berufsschule während letzten 3 Jahren: Ja Nein

Falls ja, welche Dozent*innentätigkeit:

Aus-, Weiter- und/oder Fortbildung	Ort der Lehrveranstaltung	Jahr

3.3 Referent*innentätigkeit

Mind. 2 Referate/Jahr während der letzten 3 Jahre: Ja Nein

- in Fachgesellschaften und oder an durch die FPH Spital anerkannten Kursen im Bereich Pharmazie (Vorträge und Workshops) und/oder
- Lehrtätigkeit für Pflegefachpersonen und/oder Ärzt*innen in der von der Spitalapotheke betreuten Institution

Falls ja, welche Vorträge, Workshops (anerkannt von FPH Spital) und/oder spitalinterne Lehrveranstaltungen:

Titel von Vortrag/Workshop	Veranstalter	Jahr

Titel der Lehrveranstaltung in der Institution	Zielpublikum	Jahr

4 Wissenschaftliche Tätigkeit

Anmerkung zu 4.1 und 4.2: Es muss nur eine dieser Anforderungen erfüllt sein.

4.1 Wissenschaftliche Projektleitung

Während den letzten 3 Jahren Leitung oder wesentliche
Leitungsverantwortung in wissenschaftlichem Projekt inkl.
Bericht/Publikation: Ja Nein

Falls ja: wissenschaftliches Projekt	Publikation/ Bericht	Jahr
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____
_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____

Falls nein, siehe Kap. 5 (Bedarf eines Supervisors für Betreuung der ersten zwei Diplomarbeiten).

4.2 Praxisbezogene spitalpharmazeutische Publikationen

Während den letzten 3 Jahren regelmässige, kontinuierliche
Beschäftigung mit wissenschaftlichen Fragestellungen rund um die
Spitalpharmazie (Poster an Kongressen, spitalinterne Richtlinien etc.): Ja Nein

Falls ja: Titel von Publikation/spitalinterner Empfehlung etc.	Autor*in	Co-Autor*in	Jahr
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5 Supervisor*in für Diplomarbeit

Bitte nur ausfüllen, falls folgende Bedingungen nicht erfüllt sind:

*Bei fehlendem Nachweis der Betreuung von Doktorand*innen und/oder Diplomand*innen und/oder der Leitung oder wesentlichen Leitungsverantwortung in mindestens einem wissenschaftlichen Projekt inkl. Bericht/Publikation muss für die Betreuung der Diplomarbeit der ersten zwei Weiterzubildenden ein*e erfahrene*r Weiterbildende*r in Spitalpharmazie als Supervisor*in eingesetzt werden. Ein Gesuch zusammen mit dem schriftlichen Vertrag mit der/dem Supervisor*in (Übernahme der expliziten Verantwortung für die Diplomarbeitsbetreuung) muss der FPH Spital eingereicht werden (Anhang III, WBP).*

Zusage von Supervisor*in (erfahrene*r Weiterbildender in Spitalpharmazie) für Diplomarbeitsbetreuung der ersten zwei Weiterzubildenden vorhanden:

Ja

Nein

Supervisor*in:

Titel:

Name:

Vorname:

Weiterbildungsstätte:

Telefon direkt:

E-Mail:

6 Deklaration der Interessenkonflikte der/des Antragsstellenden

Finanzielle oder Eigentümerinteressen

irgendeiner Art in der pharmazeutischen Industrie und anderen Firmen des Gesundheitssystems:
Aktien, Beteiligungen, Obligationen, Eigentumsrechte, Patentrechte usw.

Tätigkeiten für die pharmazeutische Industrie und andere Firmen des Gesundheitssystems:
Anstellungs- oder Auftragsverhältnisse, Mitgliedschaft in wissenschaftlichen Beiräte oder sonstige Berater- oder Gutachtertätigkeiten (auch unentgeltlich; jedoch keine einmalige / nicht wiederkehrende Aufträge)

Drittmittel / Spenden 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)

Persönliche Beziehungen zu Personen der pharmazeutischen Industrie und anderen Firmen des Gesundheitssystems: Verwandtschaft 1. Grades und/oder Personen im gleichen Haushalt

Sonstige Mitgliedschaften: Fachgesellschaften (inkl. Angabe der Funktion innerhalb der entsprechenden Gesellschaft), politische Parteien (demokratisch gewählte Abgeordnete auf kantonaler oder nationaler Ebene)

7 Meeting für Weiterbildende

- Die/der Antragsstellende stellt sicher, dass ein*e in der Weiterbildung involvierte*r Apotheker*in an der jährlichen Fortbildungsveranstaltung für Weiterbildende in Spitalpharmazie, organisiert durch die FPH Spital, teilnimmt (Anhang IV, WBP).

8 Bemerkungen

Allgemeine Bemerkungen:

Ort/Datum:

Unterschrift
Antragssteller*in:

Anmerkung:

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

Die Re-Evaluation der Weiterbildenden erfolgt mindestens alle sieben Jahre sowie bei allfälliger Änderung der obigen Anerkennungskriterien (Art. 6.1, WBP).

Der deutsche Text ist massgebend.

Index:

Art.	Artikel
FTE	Vollzeitäquivalent (englisch: full-time equivalent)
WBP	Weiterbildungsprogramm

Checkliste der Beilagen

- Curriculum vitae
 Weitere Dokumente:

Weitere Nachweise bei Inspektion bereithalten.