

# Gesuch zur Anerkennung oder Re-Evaluation als Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie

- Gesuch zur **Anerkennung** als Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie
- Gesuch zur **Re-Evaluation** als Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie

## Weiterbildner

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

*Das Gesuch für die Anerkennung, Re-Evaluation sowie für den Verzicht der Re-Evaluation als Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie ist schriftlich in dem dafür vorgesehenen Formular dem Sekretariat FPH Spital einzureichen (Art. 4.1.1, 4.1.2 und Art. 4.1.3 Weiterbildungsprogramm FPH in Spitalpharmazie (WBP)). Es gelten die Anerkennungskriterien vom Anhang III, WBP.*

Dieses Formular ist gültig ab 1. Juni 2016 und ersetzt die Version vom 22. Juli 2013.  
 Erstellt: 7. April 2016/BU  
 Genehmigt FPH Spital: Fribourg, 20. April 2016

## 1 Institution

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

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

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

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

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

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

Anerkennung der Spitalapotheke als  
Weiterbildungsstätte FPH in  
Spitalpharmazie vorhanden:  Ja  Nein

Gesuch einge-  
reicht am: \_\_\_\_\_

Falls ja, seit: \_\_\_\_\_

## 2 Führungs- und Facherschaft

### 2.1 Führungs-Erfahrung

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

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

Führende Position in der Spitalapotheke:  Ja  Nein

seit: \_\_\_\_\_

Falls ja, welche: \_\_\_\_\_

GSASA-Mitglied:  Ja  Nein

### 2.2 Weiterbildung

Fachapotheker in Spitalpharmazie:  Ja  Nein

Falls ja, seit: \_\_\_\_\_

Jährliche Fortbildungspflicht zur  
Titelführung 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  Privatdozent  Professur  
 Falls Professur:

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 interdisziplinären  
 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 betreuende Apotheker

**Bitte nur unter folgender Bedingung ausfüllen:**

*Ist das Fehlen des Fachapotheker-Titels FPH in Spitalpharmazie das einzige nicht erfüllte Kriterium, so kann der Antragssteller trotzdem als verantwortlicher Weiterbildner anerkannt werden, sofern er Chefapotheker in einer anerkannten Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie ist und sein Mitarbeiterstab folgende Bedingungen erfüllen (Anhang III, WBP):*

Zusätzliche Betreuung des Weiterzubildenden durch:

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

Weitere betreuende Apotheker:

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

## 3 Lehre und Stoffvermittlung

### 3.1 Betreuung von Dissertationen/FPH-Diplomarbeiten

Während den letzten 3 Jahren Begleitung von:

Titel	Dissertation	FPH-Diplomarbeit	Zertifikatsarbeit	andere	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 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 Dozenten-Tätigkeit**

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

Falls ja, welche Dozenten-Tätigkeit:

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

**3.3 Referenten-Tätigkeit**

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

- in Fachgesellschaften und oder an FPH Spital anerkannten Kursen im Bereich Pharmazie (Vorträge und Workshops) und/oder
- Lehrtätigkeit für Pflegefachpersonen und/oder Ärzte 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 Projekt-Leitung

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 Fragestellung rundum die Spitalpharmazie (Poster an Kongressen, spitalinterne Richtlinien etc.):  Ja  Nein

Falls ja: Titel von Publikation/spitalinterner Empfehlung etc.	Autor	Co-Autor	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 für Diplomarbeit

**Bitte nur ausfüllen, falls folgende Bedingungen nicht erfüllt sind:**

*Bei fehlendem Nachweis der Betreuung von Doktoranden und/oder Diplomanden 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 erfahrener Weiterbildner FPH in Spitalpharmazie als Supervisor eingesetzt werden. Ein Gesuch zusammen mit dem schriftlichen Vertrag mit dem Supervisor (Übernahme der expliziten Verantwortung für die Diplomarbeits-Betreuung) muss der FPH Spital eingereicht werden (Anhang III, WBP).*

Zusage von Supervisor (erfahrener Weiterbildungner FPH in Spitalpharmazie) für Diplomarbeit-Betreuung der ersten zwei Weiterzubildenden vorhanden:

Ja  Nein

**Supervisor:**

Titel: Name: Vorname:

Weiterbildungsstätte:

Telefon direkt:

E-Mail:

**6 Weiterbildungner-Meeting**

- Der Antragssteller stellt sicher, dass ein in der Weiterbildung involvierter Apotheker an der jährlichen Fortbildungsveranstaltung für Weiterbildungner in Spitalpharmazie, organisiert durch die FPH Spital, teilnimmt (Anhang IV, WBP).

**7 Bemerkungen**

Allgemeine Bemerkungen:

---



---



---

Ort/Datum: Unterschrift Antragssteller:

*Anmerkung:*

*Das korrekt ausgefüllte Antragsformular inkl. erforderliche Beilagen ist dem Sekretariat FPH Spital per E-Mail: [gsasa@gsasa.ch](mailto:gsasa@gsasa.ch) einzureichen.*

*Die Re-Evaluation des Weiterbildungners erfolgt mindestens alle sieben Jahre sowie bei allfälliger Änderung der obigen Anerkennungskriterien (Art. 4.1.3, WBP).*

*Die benutzten männlichen Formen der Personenbezeichnungen gelten sinngemäss immer auch für Angehörige des weiblichen Geschlechts.*

*Die Bezeichnung «Fachapotheker in Spitalpharmazie» gilt für den eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten ausländischen Fachapothekertitel in Spitalpharmazie oder den privatrechtlichen Fachapothekertitel FPH in Spitalpharmazie. 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.