

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

- Gesuch zur **Anerkennung** einer praktischen Weiterbildungsperiode in nicht anerkannter Weiterbildungsstätte

## Nicht anerkannte Weiterbildungsstätte

Name: \_\_\_\_\_

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

*Zwei praktische Weiterbildungsperioden von weniger als sechs Monaten in nicht-anerkannten Weiterbildungsstätten im In- und Ausland können von der FPH Spital bewilligt werden.*

*Der verantwortliche Weiterbildner muss die Anerkennung von diesen Weiterbildungsperioden anhand des vorliegenden Formulars bei der FPH Spital beantragen (Art. 3.3.1 Weiterbildungsprogramm FPH in Spitalpharmazie (WBP)). Es gelten die Anerkennungskriterien vom Anhang V, WBP.*

Dieses Formular ist gültig ab 1. Juni 2016.

Erstellt: 28. April 2016/BU

Genehmigt FPH Spital: Zirkularbeschluss vom 9. Mai 2016

## 1 Allgemeine Angaben

### 1.1 Angaben verantwortlicher (von der FPH Spital für den gesamten Weiterbildungsgang anerkannten) Weiterbildner

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.



### 3.2 Infrastruktur

- Der für die gesamte Weiterbildung verantwortliche Weiterbildner bestätigt hiermit, dass fürs Erreichen der unter 2.2 aufgeführten Lernziele alle notwendigen räumlichen und strukturellen Einrichtungen vorhanden sind.

Zudem sind folgende Bedingungen erfüllt:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Arbeitsplatz für Weiterzubildenden 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 Weiterbildenden zur Fachbibliothek der Institution vorhanden:        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

## 4 Betreuende Fachperson

### 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

**Fachspezialisierungen für Apotheker:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bitte nur ausfüllen, falls betreuende Fachperson nicht Apotheker ist:

**Andere Ausbildung:**  Ja  Nein

Titel/Diplom: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_ Ausbildungs-  
 Stätte: \_\_\_\_\_

### Andere für die Fachbetreuung relevante Weiterbildungen

Titel/Diplom: \_\_\_\_\_

Titel/Diplom: \_\_\_\_\_

#### 4.3 Dissertation/Privatdozent/Professur

- Dissertation       Privatdozent       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 Fachspezialisten

##### Apotheker:

Fachspezialisierung

Anzahl

Stellen%

Fachapotheker in Spitalpharmazie

---



---

Fähigkeitsausweis Klinische Pharmazie

---



---

Andere Apotheker:

Ja

Nein

**Andere betreuende Spezialisten:**  Ja  Nein  
Falls ja: welche?

Funktion:	Beruf:
Funktion:	Beruf:
Funktion:	Beruf:

#### 4.6 Pflichten der betreuenden Fachperson

Die betreuende Fachperson

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

#### 5 Weiterzubildender

Fragebogen zur Evaluation der externen Weiterbildungperiode (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 dem Sekretariat FPH Spital per E-Mail: [gsasa@gsasa.ch](mailto:gsasa@gsasa.ch) einzureichen.

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
WBP	Weiterbildungsprogramm

#### Checkliste der Beilagen

- Einverständnis-Kopie mit externer Weiterbildungsstätte
- Fragebogen für Evaluation von externer Weiterbildungperiode