

Antrag Rezertifizierung: Erneuerung des ATHINA-Zertifikats

Hiermit beantrage ich die Erteilung (Erneuerung) des ATHINA-Zertifikats der Apothekerkammer Berlin

Antragsteller (Name, Vorname, Titel):

Anschrift (privat):

Arbeitsstätte, Ort:

Hiermit bestätige ich, dass ich die folgenden, gem. Richtlinie der Apothekerkammer Berlin über das ATHINA-Zertifikat erforderlichen Voraussetzungen erfülle.

- ☐ Ich bin als Apotheker/in im Kammerbereich Berlin regelmäßig mehr als 10 Stunden in der Woche pharmazeutisch tätig
in einer ☐ öffentlichen Apotheke ☐ Krankenhausapotheke

Ich habe in einem Zeitraum von 3 Jahren nach erstmaliger ATHINA-Zertifikatserteilung bzw. Erneuerung des Zertifikates

- ☐ drei Patientenfälle bearbeitet und das Ergebnis in Form des anonymisierten ATHINA-Bogens eingereicht (an athina@akberlin.de) oder am „Weiterbildungszirkel Medikationsanalyse“ teilgenommen

(bitte Teilnahmebescheinigungen beifügen).

- ☐ mindestens 4 Fortbildungspunkte erhalten durch die Teilnahme an Seminaren oder Webinaren mit AMTS-relevanten Inhalten

(bitte Teilnahmebescheinigungen beifügen).

Mit der Veröffentlichung meines Namens durch die Apothekerkammer Berlin in der Liste über ATHINA-zertifizierte Apotheker/innen auf der Webseite der Apothekerkammer Berlin und in deren Mitteilungsblatt

- ☐ bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift:

Antragsteller

Antrag an die Apothekerkammer Berlin

Gescannt per Email an athina@akberlin.de
oder per FAX an 030/31 59 64 30