

**A n t r a g**  
auf Ermächtigung zur Weiterbildung in dem Gebiet  
"Klinische Pharmazie"

gemäß §§ 10, 11 HambApoG vom 23. September 1986, zuletzt geändert am 11. November 1998, in Verbindung mit § 4 der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Hamburg vom 30. November 1992, zuletzt geändert am 16. November 1999.

Name: \_\_\_\_\_  
(Bitte mit Schreibmaschine oder in Blockschrift ausfüllen)

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort: \_\_\_\_\_

Die Anerkennung zur Führung der Bezeichnung "Fachapotheker/in für Klinische Pharmazie" habe ich mit Urkunde vom \_\_\_\_\_

von der Apothekerkammer \_\_\_\_\_ erhalten.

Ich beabsichtige, die Weiterbildung durchzuführen in:

einer Krankenhausapotheke

einer krankenhausversorgenden Apotheke

**Anschrift der Weiterbildungsstätte:**

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

Ich bestätige, daß ich in dieser Krankenhausapotheke/krankenhausversorgenden Apotheke hauptberuflich und ganztägig tätig bin.

Ich verpflichte mich, die Weiterbildung persönlich zu leiten sowie zeitlich und inhaltlich entsprechend der Weiterbildungsordnung der Apothekerkammer Hamburg zu gestalten.

\_\_\_\_\_  
Ort,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift