

Antrag auf Erneuerung des ATHINA-Zertifikates bei derLandesapothekerkammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
ATHINA-Koordinationsstelle
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt/MainTel.: 069 97 95 09-59
Fax: 069 97 95 09-22
E-Mail: Athina-HE@apothekerkammer.de
Homepage: www.apothekerkammer.de

ATHINA-Apotheker/in (Antragsteller/in): _____

Apotheke: _____

Straße/PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Nummer Ihres Zertifikates: _____

Gültigkeit bis zum: _____

Qualifikation zur Erneuerung des Zertifikates:

Bearbeitung und Einsendung von mindestens **sechs** abgeschlossenen Patientenfällen an die Koordinationsstelle. Dies betrifft auch die Einsendung von Fällen während der retrospektiven und/oder prospektiven ATHINA-Studie.

Wenn ja, bitte **Kopien** der Teilnahmebescheinigungen beilegen liegen bei

Erlangung von mindestens **12 Fortbildungspunkten** durch die Teilnahme an Seminaren oder Webinaren zu klinischen Pharmazie oder zum Medikationsmanagement, die ausgeschrieben sind mit dem Hinweis „anerkannt als ATHINA- Seminar“

Wenn ja, bitte **Kopien** der Teilnahmebescheinigungen beilegen liegen bei

Ort, Datum_____
Unterschrift ATHINA-Apotheker