**Diplom - Fortbildungsprotokoll – Selbstdeklaration für die Jahre 20 / 20 /**

Name Vorname

Apotheke/Praxis E-Mail

Adresse PLZ/ Ort

**Die jährliche Fortbildungspflicht beträgt im Minimum 80 akademische Stunden. Dies entspricht 500 Kreditpunkten**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A1** | **Kontaktstudium** | Insgesamt mindestens **32h/Jahr** = **Total 200 Kreditpunkte**  *Bsp: Teilnahme an Kongressen, Seminaren, Kursen, Vorlesungen, Workshops*  Unter Berücksichtigung von A1 und A2 ergeben sich **mindestens 24(!) Stunden**, die durch Kontaktstudium erfüllt werden müssen! |
| **A2** | **Fachspezifische Lehrtätigkeit**  (mit Ausnahme des Unterrichts an Berufsschulen)  **Moderation eines Qualitätszirkels**  **Teilnahme an Diskussionsgruppen** | Maximal **8 Stunden (= 50 Kreditpunkte)** können unter A2 ohne Berücksichtigung der Vorbereitungszeit pro Jahr angerechnet werden. |
| **B** | **Selbststudium** | Mindestens **48h/Jahr**; entspricht 48 x 6.25 Kreditpunkte = **Total 300 Kreditpunkte** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Kontaktstudium** (Erklärung s. Seite 1) | | | | | | |
| **Datum** | **Ort** | **Thema** | **Veranstalter** | **ID-Nr.** | **Kreditpunkte** | **Testate** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A1) Lehrtätigkeit** (Es können maximal 8 Stunden, resp. 50 Kreditpunkte angerechnet werden. Bitte Bestätigung des Veranstalters beilegen.) | | | | | | |
| **Datum** | **Ort** | **Thema** | **Veranstalter** | **ID-Nr.** | **Kreditpunkte** | **Testate** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **B) Nicht kontrolliertes Selbststudium** (Bitte **keine** Abonnementsbestätigungen beilegen.) | | | |
| **Zeitschrift** | **Stunden** | **Kreditpunkte** | **Bemerkungen** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Hiermit bestätige ich, das Fortbildungsprotokoll wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Ort / Datum Unterschrift

Einsenden an untenstehende Adresse