

## Antrag auf Anrechnung von FPH-Kreditpunkten für die Betreuung von Studierenden in der Assistenzzeit für die Fortbildung in Offizinpharmazie

Apothekerinnen und Apothekern werden je Kalenderjahr maximal 100 FPH-Kreditpunkte für ihre Weiterbildertätigkeit und/oder die Betreuung von Studierenden (im Sinne einer Ausbilderin oder eines Ausbildners) in der Assistenzzeit an ihre Fortbildung in Offizinpharmazie angerechnet «([...] für Betreuung Studierende/r in Assistenzzeit: 5 FPH-Kreditpunkte/Monat) [...] Anträge für die Anrechnung von Fortbildungskreditpunkten für die Betreuung von Studierenden in der Assistenzzeit sind dem Sekretariat FPH Offizin durch den/die Apotheker/in inklusive Nachweis (Vertragskopie) einzureichen.» (Fortbildungsprogramm in Offizinpharmazie Anhang II)

---

### Antragsteller/in

(ausschliesslich Abonentinnen und Abonenten der elektronischen Dossierführung des Fortbildungsdossiers)

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

FPH-Nr.: \_\_\_\_\_

---

### Student/in in der Assistenzzeit

(je Student/in ein Antrag)

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

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

E-Mail: \_\_\_\_\_

---

## Antrag aufgrund der Tätigkeit als Ausbilder/in von Studierenden in der Assistenzzeit

Zutreffendes bitte ankreuzen.

In welchen Monaten des aktuellen Jahres haben Sie den/die oben aufgeführte/n Student/in als Ausbilder/in betreut? Es werden nur Monate berücksichtigt, in welchen die Betreuung einen kompletten Monat abdeckt.

Hinweis: Bitte reichen Sie diesen Antrag möglichst zeitnah nach Abschluss der Betreuung, jedoch bis spätestens 31. Januar des Folgejahres bei der FPH Offizin ein. Erfolgt die Betreuung Jahresübergreifend, so reichen Sie bitte je Kalenderjahr einen Antrag ein.)

- |                                    |                                  |                                   |                                   |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Januar    | <input type="checkbox"/> Februar | <input type="checkbox"/> März     | <input type="checkbox"/> April    |
| <input type="checkbox"/> Mai       | <input type="checkbox"/> Juni    | <input type="checkbox"/> Juli     | <input type="checkbox"/> August   |
| <input type="checkbox"/> September | <input type="checkbox"/> Oktober | <input type="checkbox"/> November | <input type="checkbox"/> Dezember |

- Ich habe diesem Antrag die Kopie des vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Arbeitsvertrags für die Assistenzzeit für Studierende beigelegt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Student/in

Hinweis: Bitte senden Sie diesen Antrag mit allen geforderten Dokumenten und Nachweisen an [fb-fc@fphch.org](mailto:fb-fc@fphch.org).