

Zwischenevaluation bei Problemfällen

in der Ausbildungsstätte bzw. mit dem Ausbildner/ der Ausbildnerin oder mit dem Assistierenden/ der Assistierenden

Ausbildungsstätte	Erfüllt	Nicht erfüllt
Der Zugang zum Internet ist gewährleistet und die Apotheke verfügt über Fachliteratur (Papier oder elektronische Form), welche folgende Themen abdeckt: <ul style="list-style-type: none"> - Schweizerische und Europäische Pharmakopöe (inkl. Supplemente) - Offizielle Arzneimittelinformationen - Praktische Pharmakotherapie (< fünf Jahre alt) - Werk über Interaktionen (< fünf Jahre alt) - Literatur zu Galenik/ Magistralrezeptur 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausbildungsstätte verfügt über ein Labor inklusive den nötigen Gerätschaften, Apparaturen, Utensilien und Rohstoffen, welches die Herstellung der Rezepturen nach den Regeln der Guten Herstellungspraxis für Arzneimittel in kleinen Mengen (Pharmacopoea Helvetica) zulässt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausbildungsstätte bietet die Möglichkeit, pharmazeutische Dienstleistungen, sofern sie im Lernzielkatalog erwähnt sind, in der Apotheke anzubieten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausbildungsstätte bietet dem Assistierenden die Möglichkeit, Praxisarbeiten in der Apotheke durchzuführen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dem/der Assistierenden steht bei Bedarf ein ruhiger Arbeitsplatz zur Aufarbeitung von Hintergrundarbeiten zur Verfügung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ausbildungsstätte ermöglicht die Patientenbetreuung (Rx und OTC) gemäss den Regeln der guten Abgabepräxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Ausbilder/die Ausbildnerin muss nicht zwingend der verantwortliche Apotheker/ die verantwortliche Apothekerin der Ausbildungsstätte sein.

Ausbildner/Ausbildnerin	Erfüllt	Nicht erfüllt
Der Ausbildner/die Ausbildnerin kennt den Inhalt des Leitfadens für das Assistenzjahr und ist informiert über die aktuellen Studieninhalte inkl. Lernzielkatalog. <u>oder</u> Der Ausbildner/die Ausbildnerin hat den Ausbildnerkurs in den letzten 3 Jahren besucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin betreut nicht mehr als 2 Assistierende und ist mind. 50% in der Ausbildungapotheke tätig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin bietet den Assistierenden die Möglichkeit, Einblicke in alle Lerninhalte der Assistenzzeit zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin gewährt den Assistierenden Zugang zu Fachliteratur, Computer, Internet, Labor, technischer Infrastruktur, Geräten, sowie zu den für die Erreichung der Lernziele erforderlichen Hilfsmitteln und Chemikalien.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Ausbildner/die Ausbildnerin hat die Rolle des Assistierenden/der Assistierenden im Team und die Abgrenzung gegenüber anderen Apothekenmitarbeitern kommuniziert. Die Aufgaben des/der Assistierenden wurden besprochen und schriftlich festgehalten. (Pflichtenheft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin gewährt die vereinbarte Zeit zur Bearbeitung von Aufgaben aus dem universitären Bereich und begleitet soweit dies verlangt und gewünscht wird, in einer geeigneten Weise.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin geht auf Anliegen und Fragen des/ der Assistierenden ein und trägt zur Erreichung der Lernziele bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin lebt den Assistierenden eine ethische, verantwortungsvolle und loyale Berufsauffassung vor und ermutigt es gleichzutun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin muss die Patientenbetreuung (Rx und OTC) gemäss den Regeln der guten Abgabepraaxis ermöglichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/die Ausbildnerin hat mit dem/der Assistierenden einen Vertrag abgeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ausbildner/ die Ausbildnerin engagiert sich das Image und das Berufsbild, durch die Ausbildung hindurch, aufzuwerten und sich positiv darüber zu äussern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Assistierender/Assistierende	Erfüllt	Nicht erfüllt
Der/die Assistierende teilt dem Ausbilder/der Ausbildnerin bzw. dem verantwortlichen Apotheker/der verantwortlichen Ausbildnerin der Ausbildungsstätte die genauen Daten aller universitären Lehrveranstaltungen mit, sobald er diese kennt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende bringt eine angemessene Flexibilität zur Wahrung der Alltagsinteressen des Apothekenbetriebs mit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende setzt auch Freizeit für den Erfolg des Studiums ein, da die Verantwortung über Erfolg/Misserfolg des Studiums in seiner/ ihrer Verantwortung liegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende wahrt auch beim Lösen von Aufgaben aus dem universitären Bereich das Berufs- und Betriebsgeheimnis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende verhält sich jederzeit loyal gegenüber dem Ausbilder/ der Ausbildnerin und kollegial gegenüber allen Mitarbeitenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende informiert den Ausbilder/die Ausbildnerin sowie den Apothekenbetrieb über neue Erkenntnisse aus den pharmazeutischen Wissenschaften.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende gewährt der Assistenzzeit in der Apotheke Priorität gegenüber allfälligen Nebenerwerben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der/die Assistierende hat mit dem Ausbildner einen Vertrag abgeschlossen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen zu den nicht erfüllten Positionen:

.....
.....
.....
.....

Ort und Datum:

Name der Apotheke (Ausbildungsstätte)

Name/ Vorname Ausbildner/in.....

Name/ Vorname Assistierende/r.....

Bitte entsprechendes ankreuzen!

Ich bin: Assistierende/r

Ausbildner/in der Ausbildungsstätte

Name/Vorname Unterschrift

Bemerkungen der verantwortlichen Person der regionalen Aufsichtskommission

Name/ Vorname der verantwortlichen Person der regionalen Aufsichtskommission

Unterschrift

Unterschrift