

Selbstauskunftsbogen zum Erwerb der Marke AnthroMed® Pharmazie/Pharmacy

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Persönliche Voraussetzungen

1. Antragsteller:

- Ich bin Inhaber / Inhaberin der Apotheke.
- Ich bin leitender Apotheker / leitende Apothekerin.
- Ich bin Mitglied von VAEPS.

Name und Anschrift der Apotheke:

.....
.....

2. Ansprechperson:

- Ist Mitglied von VAEPS und Apotheker / Apothekerin.

Arbeitet% in der Apotheke

3. Wissen und Beratung:

Die Ansprechperson hat die folgende Weiterbildung in anthroposophisch erweiterter Pharmazie absolviert:

.....
.....

Das war in den Jahren

Folgende Aus-, Fort-, oder Weiterbildungen im Bereich der anthroposophisch erweiterter Pharmazie sind in nächster Zeit geplant für

die Ansprechperson:

.....

die anderen Mitarbeiter:

.....

Des Weiteren nutzt unsere Apotheke folgende anderen Bildungsangebote im Bereich Komplementärmedizin:

.....

.....

- Wir sind bereit, mindestens eine bis zwei Weiterbildungs- / Fortbildungsveranstaltungen pro Jahr in anthroposophisch erweiterter Pharmazie zu besuchen bzw. selber durchzuführen.

Folgende Aktivitäten entfalten wir oder können wir uns vorstellen, um das Netzwerk von VAEPS zu unterstützen:

.....

Betriebliche Voraussetzungen

- Wir führen ein breites Sortiment an komplementärmedizinischen, insb. anthroposophischen Arzneimitteln, konkret ca. (Zahlen aus Ihrem IT-System oder eine grobe Schätzung):

ca. von

ca. von

ca. von

ca. von

ca. von

- Die Mitarbeiter sind informiert und geschult darin, nach ärztlichen Verordnungen Rezepturen (nach HAB/APC) vorzunehmen bzw. im Lohnauftrag vornehmen zu lassen.
- Wir kennen den Anthroposophisch Pharmazeutischen Codex (APC) auf www.iaap.org.uk.
- Wir kennen die Monographie „Anthroposophische Zubereitungen“ und die Herstellungsmethoden für anthroposophische Zubereitungen (Kapitel 17.7) der Pharmacopoea Helvetica.
- Wir kennen das HAB.

Mittels folgender Massnahmen streben wir an, unsere Geschäftsprozesse nach den Prinzipien der Nachhaltigkeit auszurichten:

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

Ort.:

Datum:

Unterschrift:

Stempel / Adresse der Apotheke: