

**Apothekerkammer Westfalen-Lippe**  
**Abteilung Aus-, Fort- und Weiterbildung, Frau Margret Nagel**  
**Bismarckallee 25 – 48151 Münster**  
**Tel. 0251 52005-43 – Fax 0251 52005-61**

---

**Anmeldung zu den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen  
nach § 4 Abs. 4 der Approbationsordnung**

**Angaben zur Person**

Name: \_\_\_\_\_ ggf. Geburtsname: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Appartment-Nr. / c/o: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

**Ausbildung**

- Pharmazeut/in im Praktikum  
Wo haben Sie das zweite Staatsexamen abgelegt? \_\_\_\_\_
- Apotheker/in aus (Land / Staat): \_\_\_\_\_

**Arbeitgeber**

Apotheke / Firma / Behörde: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Telefax: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Anmeldung**

- erste Teilnahme am praxisbegleitenden Unterricht
- zweite Teilnahme am praxisbegleitenden Unterricht

**Erste-Hilfe-Ausbildung**

Haben Sie eine **Erste-Hilfe-Ausbildung über 8 Doppelstunden**, die zum Zeitpunkt der ersten Unterrichtsteilnahme nicht älter als 2 Jahre ist?

- ja** (Sofern uns die Erste-Hilfe-Bescheinigung nicht bereits vorliegt fügen Sie bitte eine beglaubigte Kopie der Bescheinigung bei.)
- nein** (Sie haben die Möglichkeit während des praxisbegleitenden Unterrichtes an einem Erste-Hilfe-Kurs teilzunehmen. Eine Anmeldung hierzu ist während des praxisbegleitenden Unterrichtes möglich.)

Hiermit melde ich mich verbindlich zu den begleitenden Unterrichtsveranstaltungen an:

---

Ort / Datum

Unterschrift