

**11 JUNI 2003. - Koninklijk besluit tot vaststelling van
de procedure betreffende de erkenning van
de bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker**

BS 08/07/2003

HOOFDSTUK 1. - Algemene bepalingen

Artikel 1.

Voor de toepassing van dit besluit moet worden verstaan onder :

1° “de Minister” :

de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;

2° “Volledige erkenning” :

een erkenning die wordt verleend met het oog op het dragen van de bijzondere beroepstitel, indien wordt voldaan aan alle, door de Minister vastgestelde, erkenningscriteria;

3° “Voorlopige erkenning” :

een erkenning die wordt verleend aan personen die in opleiding zijn met het oog op het bekomen van een volledige erkenning.

4° “de Erkenningscommissie” :

de Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers.

HOOFDSTUK 2. - De Erkenningscommissie voor ziekenhuisapothekers

Art. 2.

§ 1. De Erkenningscommissie bestaat uit :

1° zeven leden vertegenwoordigers van de Belgische universiteiten;

2° zeven leden vertegenwoordigers van de representatieve beroepsverenigingen voor ziekenhuisapothekers;

3° een ambtenaar van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu die de functie van secretaris uitoefent, bijgestaan door een ambtenaar van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu die de functie van adjunct-secretaris uitoefent.

De in 3° bedoelde ambtenaren hebben zitting met een raadgevende stem.

§ 2. Aan de leden niet-ambtenaar worden plaatsvervangers toegevoegd, die onder dezelfde voorwaarden worden benoemd.

Art. 3.

§ 1. De Voorzitter, de twee Ondervoorzitters, de gewone en de plaatsvervangende leden worden benoemd voor een periode van zes jaar, die eenmaal kan worden verlengd. De benoemingen van de in artikel 2, § 1, 1° en 2° bedoelde leden geschieden uit een dubbeltal voorgedragen door de Belgische universiteiten en door de representatieve beroepsverenigingen voor ziekenhuisapothekers.

De Voorzitter en de twee Ondervoorzitters worden benoemd onder de werkende leden.

§ 2. De Voorzitter moet een ziekenhuisapotheker zijn.

Art. 4.

Het dagelijks bestuur van de Erkeningscommissie bestaat uit de Voorzitter, de twee Ondervoorzitters, de Secretaris of de Adjunct-secretaris. Het staat in voor de goede werking van de Erkeningscommissie.

Art. 5.

De Erkeningscommissie kan in zijn midden werkgroepen oprichten, belast met een welomschreven opdracht en het advies inwinnen van deskundigen naar keuze.

Art. 6.

§ 1. De Erkeningscommissie kan alleen geldig beslissen wanneer minstens de helft van de in artikel 2, § 1, sub 1° en 2° bedoelde leden aanwezig zijn. Na een tweede oproeping met dezelfde agenda kan de Erkeningscommissie geldig advies uitbrengen, ongeacht het aantal aanwezige leden.

§ 2. De Erkeningscommissie beslist bij gewone meerderheid van stemmen van de leden. In geval van staking van stemmen is de stem van de Voorzitter doorslaggevend.

Art. 7.

§ 1. Indien de Minister de Erkeningscommissie om advies verzoekt, brengt deze laatste zijn advies uit binnen de twee maand; op gemotiveerd verzoek kan de Minister deze termijn met twee maand verlengen.

In uitzonderlijke gevallen kan de Minister een dringend advies vragen; hij bepaalt alsdan de termijn die niet minder dan acht dagen mag zijn.

§ 2. Bij dit advies wordt de uitslag van de stemmen gevoegd; samen met het meerderheidsadvies worden de minderheidsstandpunten meegedeeld.

Art. 8.

De Erkeningscommissie moet ten minste twee keer per jaar samenkomen.

Art. 9.

De Erkenningscommissie stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het ter goedkeuring voor aan de Minister.

Art. 10.

De Erkenningscommissie heeft zijn zetel bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu te Brussel.

Art. 11.

De verblijfkosten, alsmede het presentiegeld worden betaald, onder de voorwaarden gesteld door het besluit van de Regent van 15 juli 1946 tot bepaling van het bedrag van het presentiegeld en van de kosten uitgekeerd aan de leden van de vaste commissies die van het departement van Volksgezondheid en van het Gezin afhangen, aan de Voorzitter, Ondervoorzitters, leden en deskundigen van de Erkenningscommissie.

In afwijking van de bepalingen van het besluit van de Regent van 15 juli 1946, wordt het bedrag van het presentiegeld op 13 euro gebracht voor de Voorzitter en de Ondervoorzitters en 10 euro voor de leden en deskundigen, per zitting die ten minste twee uren duurt.

De reiskosten worden terugbetaald overeenkomstig het koninklijk besluit van 18 januari 1965 houdende algemene regeling inzake reiskosten.

Art. 12.

Mits machtiging van de Minister of van zijn afgevaardigde, kan de Erkenningscommissie één of meer leden of deskundigen belasten met het opstellen van verslagen of het verrichten van onderzoeken. De kosten veroorzaakt door deze verslagen en onderzoeken vallen ten laste van de begroting van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

HOOFDSTUK 3. - Procedure voor het bekomen van de erkenning als ziekenhuisapotheker en de verlenging van de erkenning als ziekenhuisapotheker met het oog op het dragen van de bijzondere beroepstitel

Art. 13.

De personen die wensen dat hun bijzondere beroepstitel van ziekenhuisapotheker erkend wordt, dienen een aanvraag in bij de Minister, door middel van een formulier waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 1.

Art. 14.

Bij de aanvraag dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 15.

De Minister legt de aanvraag tot erkenning voor aan de Erkenningscommissie die over een termijn van vier maanden beschikt om terzake een advies uit te brengen.

Art. 16.

De volledige erkenning als ziekenhuisapotheker wordt door de Minister verleend voor een periode van vijf jaar en kan worden verlengd overeenkomstig de door hem bepaalde voorwaarden.

De voorlopige erkenning als ziekenhuisapotheker met een maximumduur van drie jaar, wordt eenmalig verleend en kan niet worden verlengd.

Art. 17.

De personen die een verlenging van de volledige erkenning wensen, moeten hun aanvraag tot verlenging minstens zes maand voor het verstrijken van de erkenning als ziekenhuisapotheker indienen bij de Minister, bij middel van een formulier waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 2.

Art. 18.

Bij de aanvraag voor het verkrijgen van de verlenging dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 19.

Na onderzoek van de aanvraag tot erkenning als ziekenhuisapotheker en indien blijkt dat voldaan is aan de vastgestelde voorwaarden tot erkenning als ziekenhuisapotheker, wordt de betrokken apotheker door de Erkenningscommissie ingeschreven op de lijst van erkende ziekenhuisapothekers.

Art. 20.

§ 1. Als bewijs van inschrijving op de lijst van erkende ziekenhuisapothekers ontvangt de betrokkene een attest, waarop is aangeduid dat er een volledige of een voorlopige erkenning als ziekenhuisapotheker is verleend.

§ 2. Het attest vermeldt ook de datum waarop de erkenning als ziekenhuisapotheker een aanvang nam.

Art. 21.

§ 1. Bij verlies van het in artikel 20, § 1 bedoelde attest, dient men zo snel mogelijk een duplicaat aan te vragen.

§ 2. Deze aanvraag dient per aangetekend schrijven te worden gestuurd naar de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu te Brussel.

Art. 22.

In geval van een adreswijziging dient men de Erkenningscommissie zo snel mogelijk te verwittigen op de in artikel 21, § 2 vermelde Federale Overheidsdienst.

HOOFDSTUK 4. - Procedure tot aanvraag van een goedkeuring van de voortgezette opleiding

Art. 23.

De personen die een goedkeuring van de voortgezette opleiding wensen, moeten, overeenkomstig de onderstaande bepalingen, hun aanvraag tot erkenning bij de Minister indienen door middel van een formulier, waarvan het model wordt vastgesteld in bijlage 3, A of B.

Art. 24.

Bij de aanvraag dienen de bewijsstukken te worden gevoegd waaruit blijkt dat voldaan is aan de door de Minister vastgestelde erkenningscriteria.

Art. 25.

De Minister legt de aanvraag tot goedkeuring voor aan de Erkenningscommissie die over een termijn van vier maanden beschikt om terzake een advies uit te brengen.

HOOFDSTUK 5. - Slotbepalingen

Art. 26.

Het ministerieel besluit van 18 december 1998 houdende samenstelling en werking van de Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers wordt opgeheven.

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

FORMULIER VOOR DE AANVRAAG TOT INSCHRIJVING BIJ DE ERKENNINGSCOMMISSIE VOOR ZIEKENHUISAPOTHEKERS.

1. AANVRAAG TOT INSCHRIJVING OP DE LIJST VAN ERKENDE ZIEKENHUISAPOTHEKERS.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ AANKRUISEN WAT VAN TOEPASSING IS A.U.B.! ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼ ▼

IK VRAAG EEN VOLLEDIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER AAN. (Vul 1, 2 en 3 in)

IK VRAAG EEN VOORLOPIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER AAN : (Vul 1, 2 en 4 in.)

omdat ik in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden ben aan een ziekenhuisapothek om het diploma of certificaat van ziekenhuisapotheker te behalen.

omdat ik wens een bijkomende opleiding te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.

IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER.

Voor- namen:		¹Familie- naam:					
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit:			Taal:	
Geboorte- plaats:				Geboorte- datum:			
Geboorte- land:			Nummer Rijksregister:	_ _ . _ _ . _ _ _ _ _			

¹ Indien U niet uw eigen geboortenaam gebruikt, dan moet U dit aanduiden !

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 2

CORRESPONDENTIEADRES. (enkel invullen indien dit verschillend is van het adres.)

Adres:		Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:			
Land:					
Telefoon:		Fax:			
E-mail:					

2. DE DOOR U GEVOLGDE BASISOPLEIDING² TOT APOTHEKER.

BENAMING VAN HET DOOR U BEHAALD DIPLOMA OF CERTIFICAAT VAN APOTHEKER OF ANDERE TITEL OP HET GEBIED VAN DE FARMACIE:

BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT OF HET OPLEIDINGSINSTITUUT WAAR U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Naam:					
Adres:		Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:			
Land:					
Telefoon:		Fax:			

DE PERIODE WAARIN U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Van : (DD/MM/JJJJ)		Tot : (DD/MM/JJJJ)	
------------------------------	--	------------------------------	--

² U moet een voor eensluidend verklaarde kopie van het door U behaalde diploma, certificaat of andere titel toevoegen aan dit formulier !

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

3. INDIEN U EEN VOLLEDIGE ERKENNING³ AANVRAAGT.

**BENAMING VAN HET DOOR U BEHAALDE DIPLOMA OF CERTIFICAAT VAN ZIEKENHUIS-
APOTHEKER OF ANDERE TITEL OP HET GEBIED VAN DE FARMACIE⁴:**

**BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT OF HET OPLEIDINGSINSTITUUT WAAR U DEZE OPLEIDING
GEVOLGD HEEFT:**

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:			Fax:				

TOTAAL AANTAL UREN VAN DE DOOR U GEVOLGDE BIJKOMENDE OPLEIDING OF SPECIALISATIE⁵:

UREN :	
---------------	--

DE PERIODE WAARIN U DEZE OPLEIDING GEVOLGD HEEFT:

Van : (DD/MM/JJJJ)		Tot : (DD/MM/JJJJ)	
------------------------------	--	------------------------------	--

³ Voor andere opleidingen dan die van ziekenhuisapotheker dient deze module telkens te worden ingevuld. U mag daarom van dit blad fotokopieën maken !

⁴ U moet een voor eensluidend verklaarde kopie van het door U behaalde diploma, certificaat of andere titel toevoegen aan dit formulier of een voor eensluidend verklaarde kopie van het bewijs dat U voor 12 juli 1986 in een ziekenhuisofficina of geneesmiddelen depot tewerkgesteld was en dat U zich voor 12 januari 1987 bij de Minister van Volksgezondheid bekendgemaakt heeft !

⁵ U moet het programma van de bijkomende opleiding of specialisatie (theorie + professionele ervaring) toevoegen aan dit formulier ! Dit programma moet per jaar de onderwerpen en het aantal uren per onderwerp van de door U gevolgde bijkomende opleiding of specialisatie vermelden.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 4

PLAATS VAN TEWERKSTELLING OP HET OGENBLIK VAN DE AANVRAAG:

Naam:					
Adres:		Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:			
Land:					
Telefoon:		Fax:			

BENT U ALS APOTHEKER VERBONDEN DOOR EEN ARBEIDSOVEREENKOMST AAN EEN ZIEKENHUISAPOTHEEK ?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
-----------------------------	------------------------------

INDIEN JA, WELKE FUNCTIE VERVULT U ?

Functie		Sinds : (DD/MM/JJJJ)	
Dienst:		Werkduur:	Uren / week

INDIEN JA, WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

WELKE FUNCTIE VERVULT U, INDIEN U NIET VERBONDEN BENT AAN EEN ZIEKENHUIS ?

<input type="checkbox"/> ZIEKENHUISAPOTHEKER	<input type="checkbox"/> INDUSTRIE-APOTHEKER
<input type="checkbox"/> ANDERE ...	

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

4. INDIEN U EEN VOORLOPIGE ERKENNING AANVRAAGT.

IS DIT DE EERSTE KEER DAT U EEN VOORLOPIGE ERKENNING AANVRAAGT ?

<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEE
-----------------------------	------------------------------

INDIEN NEE, WAT IS DAN HET ERKENNINGSNUMMER DAT VERMELD STAAT OP HET ATTEST DAT U ALS BEWIJS VAN UW VOORLOPIGE ERKENNING ONTVING ?

Nr.:	
-------------	--

INDIEN JA, WAARVOOR VRAAGT U DE VOORLOPIGE ERKENNING AAN ?

<input type="checkbox"/>	<i>Omdat ik in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden ben aan een ziekenhuisapothek om het diploma of certificaat van ziekenhuis-apotheker te behalen.</i>
	<i>Omdat ik wens een bijkomende opleiding te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.</i>
<input type="checkbox"/>	ANDERE ...

BENAMING VAN DE UNIVERSITEIT WAAR HET SPECIALISATIEPROGRAMMA⁶ OF DE BIJKOMENDE OPLEIDING WORDT GEVOLGD:

Naam:							
Adres:				Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:					
Land:							
Telefoon:				Fax:			

⁶ U moet een attest van de universiteit bijvoegen waaruit blijkt dat U regelmatig ingeschreven bent voor het specialisatieprogramma van ziekenhuisapotheker, alsook een attest van de ziekenhuisbeheerder waaruit blijkt dat U door een arbeidsovereenkomst verbonden bent aan de activiteiten van de apotheek van de betrokken instelling, tijdens een periode die binnen de tijdsduur van de specialisatie valt.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

Naam en voornaam van de aanvrager: 6

EERSTE STAGEPLAATS:

Naam:						
Adres:			Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:				
Land:						
Telefoon:			Fax:			

WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

TWEDE STAGEPLAATS:

Naam:						
Adres:			Nr.:		Bus:	
Postcode:		Gemeente:				
Land:						
Telefoon:			Fax:			

WAT IS HET ERKENNINGSNUMMER VAN HET ZIEKENHUIS (C.I.V. - Nr.) ?

--

C.I.V. = Centrum voor Informatieverwerking van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid Voedselketen en Leefmilieu.

INVULLEN IN DRUKLETTERS A.U.B. + AANGETEKEND VERSTUREN A.U.B.

U dient dit aanvraagformulier aangetekend te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum: _____

Voornaam + familienaam: _____

Handtekening: _____

VOORBEHOUDEN VOOR DE ADMINISTRATIE

ERKENNINGSNUMMER		AANVRAAG ONTVANGEN OP:	
Nr.	DATUM : (DD/MM/JJJJ)		
IDENTITEIT VAN DE AANVRAGER.			
Voor- namen:		Familie- naam:	
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/> Vrouw: <input type="checkbox"/>		
ADVIES VAN DE ERKENNINGSCOMMISSIE VOOR ZIEKENHUISAPOTHEKERS.			
<input type="checkbox"/> POSITIEF ADVIES. VOLLEDIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER. <input type="checkbox"/> POSITIEF ADVIES. VOORLOPIGE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER : <i>omdat de aanvrager in het kader van een bijkomende universitaire opleiding in de ziekenhuisfarmacie, verbonden is aan een ziekenhuisapothek om het diploma of certificaat van ziekenhuisapotheker te behalen.</i> <i>omdat de aanvrager een bijkomende opleiding wenst te volgen om te voldoen aan het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring en dit met het oog op het bekomen van de volledige erkenning.</i>			
<input type="checkbox"/> NEGATIEF <input type="checkbox"/> ONONTVANKELIJK			
MOTIVATIE			
PARAAF	PARAAF	ADVIES ERKENNINGSCOMMISSIE:	
		DATUM : (DD/MM/JJJJ)	
AANVANG ERKENNING		EINDE ERKENNING	
DATUM : (DD/MM/JJJJ)		DATUM : (DD/MM/JJJJ)	

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

Bijlage 2
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

1

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

**FORMULIER VOOR HET AANVRAGEN VAN EEN VERLENGING
 VAN DE ERKENNING ALS ZIEKENHUISAPOTHEKER.**

Identificatie

Invullen in drukletters a.u.b.

Voor- namen:			Familie- naam:				
Geboorte- datum:		Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit:		
Adres:					Nr.:		Bus:
Postcode:		Gemeente:					
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							

Huidige plaats van tewerkstelling van de aanvrager:

Invullen in drukletters a.u.b.

Benaming:							
Adres:					Nr.:		Bus:
Postcode:		Gemeente:					
Telefoon:				Fax:			
E-mail:							

Informatie betreffende uw volledige erkenning:

Aanvullen a.u.b.

Datum begin erkenning:	
Nummer erkenning:	

Hoe de behaalde accrediteringspunten aanduiden in de tabel ?**Hoeveel punten moet ik hebben voor een volledige erkenning ?**

U moet bewijzen dat U minstens **120 punten** behaald hebt. Van deze 120 punten moeten **60 punten** behaald zijn volgens de volgende verdeelsleutel :

- 15 punten in module 1 (organisatie en ziekenhuisbeleid);
- 15 punten in module 2 (bestrijding van nosocomiale infecties);
- 15 punten in module 3 (pathologie en farmacotherapie);
- 15 punten in de modulen 4 en 5 (technologie in ziekenhuizen en radiofarmaceutica).

Bij de aanvraag moeten ook de bewijsstukken van de door U behaalde punten bijgevoegd worden.

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum: _____

Voornaam + familienaam: _____

Handtekening: _____

1

Bijlage 3A
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

A	Aanvraagformulier voor goedkeuring van een voortgezette opleiding.	A
----------	---	----------

De universiteit of beroepsorganisatie voor ziekenhuisapothekers die de aanvraag indient.

Benaming:					
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:	Gemeente:				
Telefoon:			Fax:		
E-mail:					

Plaats + datum waar de voortgezette opleiding zal gegeven worden.

Plaats:		Van:			
		Tot:			
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:	Gemeente:				

De persoon verantwoordelijk voor het afleveren van de aanwezigheidsbewijzen.

Voor-namen:		Familie-naam:			
Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/> Vrouw: <input type="checkbox"/>				
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:	Gemeente:				
Telefoon:			Fax:		
E-mail:					

De inhoud van de voortgezette opleiding.

De inhoud van de voortgezette opleiding dient in bijlage aan dit aanvraagformulier gevoegd te worden.

Dit overzicht moet per module vermelden welke de onderwerpen zijn die men eventueel behandelt. Het overzicht moet ook het totaal aantal effectieve uren dat de voortgezette opleiding duurt vermelden !

De 5 verschillende modules zijn :

Module 1, organisatie en ziekenhuisbeleid.

Module 2, bestrijding van nosocomiale infecties.

Module 3, pathologie en farmacotherapie.

Module 4, ziekenhuistechnologie.

Module 5, radiofarmaceutica.

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum:

Voornaam + familienaam:

Handtekening:

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,
J. TAVERNIER

1

Bijlage 3B
FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU

Erkenningscommissie voor Ziekenhuisapothekers
 R.A.C. - Vesaliusgebouw - verdiep 2/3 - 1010 Brussel

 Tel: 02/210 42 24 of 02/210 42 05 - Fax: 02/210 59 11.

B	Aanvraagformulier voor goedkeuring van poster-presentaties, lezingen, publicaties of andere die voldoen aan de richtlijnen van de erkenningscommissie.	B
----------	---	----------

Identiteit van de aanvrager.					
Voor-namen:		Familie-naam:			
Geboorte-datum:		Geslacht:	Man: <input type="checkbox"/>	Vrouw: <input type="checkbox"/>	Nationaliteit:
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:		Gemeente:			
Telefoon:				Fax:	
E-mail:					

Huidige plaats van tewerkstelling als ziekenhuisapotheker.					
Benaming:					
Adres:				Nr.:	Bus:
Postcode:		Gemeente:			
Telefoon:				Fax:	
E-mail:					

Informatie betreffende uw volledige erkenning.	(Aanvullen a.u.b.)
---	--------------------

Datum begin erkenning:	
Nummer erkenning:	

Naam en voornaam van de aanvrager: 2

De Erkeningscommissie voor Ziekenhuisapothekers zal aan de hand van de door U verschaft informatie nagaan of U in aanmerking komt voor het behalen van accreditatiepunten.

Deze accreditatiepunten zijn vereist voor het bekomen van de verlenging van een volledige erkenning als ziekenhuisapotheker !

U moet accreditatiepunten behalen door voortgezette opleidingen te volgen over de onderwerpen in de 5 verschillende modules van het minimumprogramma van vereiste theoretische vorming en beroepservaring. Door dit formulier in te vullen vraagt U de goedkeuring aan om accreditatiepunten te krijgen voor uw medewerking aan activiteiten die tot doel hebben een voortgezette opleiding aan te bieden aan uw collega's ziekenhuisapothekers.

De 5 verschillende modules zijn :

Module 1, organisatie en ziekenhuisbeleid.

Module 2, bestrijding van nosocomiale infecties.

Module 3, pathologie en farmacotherapie.

Module 4, ziekenhuistechnologie.

Module 5, radiofarmaceutica.

Gastspreker.

Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik gevraagd was als gastspreker (lector) een lezing te geven tijdens een congres, een studiedag (nationaal of internationaal) of voor een groep apothekers die een voortgezette opleiding in de ziekenhuisfarmacie volgen.

Naam van het congres, symposium, ....	..... .....			
Onderwerp van de lezing:	..... .....			
Datum waarop de lezing gehouden is:	.....	Totale duur van de lezing :	..... uren	..... minuten.	
Adres waar de lezing doorging:	.....		Nr.:		Bus:
	Postcode:	.....	Gemeente:	.....
			Land :	.....

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

.....

Naam en voornaam van de aanvrager: 3

Posterpresentatie.		(Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
<p>Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik een medewerker ben aan een posterpresentatie die bestemd is voor een wetenschappelijk programma, bedoeld voor :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> een Belgisch publiek. <input type="checkbox"/> een internationaal publiek. <input type="checkbox"/> ik was eerste auteur. <input type="checkbox"/> ik was tweede auteur. <input type="checkbox"/> </p> <p>Naam / Beschrijving :</p>			
Onderwerp van de poster-presentatie:	.....	
Datum waarop de presentatie gehouden is:		.....
Adres waar de presentatie doorging:	.....		Nr.:
Postcode:		Gemeente:	
		Land :	
IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :			.....

Rapporteur.		(Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
<p>Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik als rapporteur een synthese of eindconclusies opgesteld heb, omdat ik moderator was.</p>			
Naam van het congres, symposium, ....	.....	
Onderwerp:	.....	
Datum:	.....	Totale duur indien U moderator was:	..... Uren.
Adres:	.....		Nr.:
Postcode:		Gemeente:	
		Land :	
IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :			.....

Naam en voornaam van de aanvrager: 4

Publicatie in wetenschappelijk tijdschrift. (Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik in een wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd heb :	
<input type="checkbox"/> met een redactie-comité.	<input type="checkbox"/> zonder redactiecomité.
<input type="checkbox"/> ik was eerste auteur.	<input type="checkbox"/> ik was tweede auteur.
<input type="checkbox"/>	
Naam tijdschrift :	
.....	
Onderwerp van de publicatie:	..... ..... ..... .....
Datum van de publicatie:	.....
Benaming van het tijdschrift	.....
Plaats van uitgave :	<input type="checkbox"/> in België. <input type="checkbox"/> Internationale uitgave.
	<input type="checkbox"/> ander land :
IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :	

Publicatie in ander tijdschrift. (Aankruisen wat van toepassing is a.u.b.)	
Ik vraag de goedkeuring aan omdat ik in een ander tijdschrift gepubliceerd heb :	
<input type="checkbox"/> met een redactie-comité.	<input type="checkbox"/> zonder redactiecomité.
<input type="checkbox"/> ik was eerste auteur.	<input type="checkbox"/> ik was tweede auteur.
<input type="checkbox"/>	
Naam / Beschrijving :	
.....	

Naam en voornaam van de aanvrager: 5

Onderwerp van de publicatie:	..... ..... ..... .....	
Datum van de publicatie:	.....	
Benaming van het tijdschrift	.....	
Plaats van uitgave :	<input type="checkbox"/> in België.	<input type="checkbox"/> Internationale uitgave.	
	<input type="checkbox"/> ander land :	.....

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

(Open rubriek ! Toepasbaar voor bvb. een studiereis.)

Ik vraag de goedkeuring aan van een activiteit (Ad hoc).

Omschrijving / onderwerp van de activiteit	..... ..... ..... .....	
Datum van de activiteit:	.....	Totale duur van de activiteit :	..... Uren minuten.
Adres:	.....		Nr.: Bus:
	Postcode:	Gemeente:	
		Land :	

Aanvullende informatie:		
-------------------------	----------------------------------	--	--

IK WENS DEZE ACCREDITATIEPUNTEN TE SCOREN VOOR MODULE NUMMER :

naam en voornaam van de aanvrager: 6

U dient dit aanvraagformulier te sturen naar:

**Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid
Voedselketen en Leefmilieu.**

*Erkenningscommissie voor
Ziekenhuisapothekers.*

Rijksadministratief Centrum Brussel.
Vesaliusgebouw, verdiep 2/3, bureau 18
Pachecolaan 19 - Bus 5
B - 1010 BRUSSEL

Datum:

Voornaam + familienaam:

Handtekening:

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 11 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :
De Minister van Volksgezondheid,

J. TAVERNIER