

Nachweise zur Prüfungszulassung „Onkologischer Pharmazeut (DGOP)“

Die eingereichten Unterlagen bitte in der angegebenen Reihenfolge nummerieren oder entsprechend einscannen.

Vor- und Nachname: _____

Nr.	Nachweis	Datum	von der DGOP auszufüllen	
1 Seminar 1 (Zertifikatfortbildung - Kompetente Betreuung von Tumorpatienten)	<i>Grundlagen der Tumortherapie Teil 1® Webinar 1,25 h</i>			
	<i>Grundlagen der Tumortherapie Teil 2® Webinar 1,25 h</i>			
	<i>Patientenbezogene Tumortherapie Teil 1® Webinar 1,5 h</i>			
	<i>Patientenbezogene Tumortherapie Teil 2® Webinar 1,5 h</i>			
	<i>Patientenbezogene Tumortherapie Teil 3® Webinar 1,5 h</i>			
	<i>Patientenbezogene Tumortherapie Teil 4 & 5® Präsenzseminar 16 h</i>			
	<i>Umgang mit Tumortherapeutika® Webinar 1,0 h</i>			
2 Seminar 2	<i>Klinisch-onkologische Praxis und pharmazeutische Betreuung Teil 1® Präsenzseminar 20 h</i>			
	<i>Klinisch-onkologische Praxis und pharmazeutische Betreuung Teil 2® Präsenzseminar 20 h</i>			
3 Seminar 3	<i>Herstellung von Tumortherapeutika® Präsenzseminar 20 h</i>			
4 Seminar 4	<i>Information® Präsenzseminar 12 h</i>			
5 Seminar 5	<i>Management klinisch-onkologischer Studien® Präsenzseminar 4 h</i>			

Nr.	Nachweis	Datum	von der DGOP auszufüllen	
6	12 Monate Vollzeittätigkeit in einer öffentlichen Apotheke, Krankenhausapotheke oder anderer Einrichtung mit eigener Zytostatika-Herstellung ¹⁾			
7	Persönliche Herstellung und Kontrolle von mindestens 100 Zytostatika-Zubereitungen ¹⁾			
8	Plausibilitätsprüfung und Beurteilung von mindestens 300 Zytostatika-Verschreibungen ¹⁾			
9	Dokumentation von mindestens 5 ausgewählten Anfragen zur zytostatischen Therapie aus unterschiedlichen Themenbereichen inklusive Angabe der verwendeten Quellen ²⁾			
10	Planung und Durchführung von mindestens einer Schulungs- oder Fortbildungsveranstaltung für pharm. oder med. Personal <i>(einzureichen: Thema, Teilnehmer; ggf. Kopie der Teilnehmerliste, Präsentation)</i>			
11	Erstellung eines Patienteninformationsblattes zu einem pharmazeutisch-onkologischen Thema <i>(einzureichen: Kopie des Informationsblattes)</i>			
12	Fallbericht 1 – Thema: Inklusive pharm. Beratungsgespräch mit Patienten <i>(einzureichen: Dokumentation analog SOAP-Vorgabe)</i>			

Nr.	Nachweis	Datum	von der DGOP auszufüllen	
13	Fallbericht 2 – Thema: Inklusive pharm. Beratungsgespräch mit Patienten <i>(einzureichen: Dokumentation analog SOAP-Vorgabe)</i>			
14	Fallbericht 3 – Thema: <i>(einzureichen: Dokumentation analog SOAP-Vorgabe)</i>			

- 1) Nachweis über die Dauer der Tätigkeit und der praktischen Tätigkeiten
- 2) Beantwortung von Anfragen

Alternativ können die eigenen QM-Formblätter eingereicht werden, soweit die Inhalte/Vorgaben übereinstimmen.

Wird von der DGOP/ConEvent ausgefüllt	
Datum der Nachweisprüfung	
Nachweisprüfung durch	
Bemerkungen	
Prüfungstermin	
Info an Prüfling	