



Persönliche Angaben der Antragstellenden

Hauptantragsteller:in:

Name, Vorname (Titel):

Vollständige Bezeichnung der Institution:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Postanschrift:

Mitantragsteller:in (optional):

Name, Vorname (Titel):

Vollständige Bezeichnung der Institution:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Postanschrift:

Projektbezogene Informationen

Titel des Projektes:

Laufzeit des Projektes in Monaten:

Beantragte Personalmittel:

TV-L E14 in % (50% bis 100%)

Projektdarstellung:

Bitte fassen Sie das geplante Projekt kurz zusammen unter Angabe der Ausgangssituation, wesentlicher Ziele und konkreter Angaben zur Durchführung. Die Projektdarstellung darf nicht mehr als 3.500 Zeichen (ohne Leerzeichen) betragen.

Nutzen für Patient:in und/oder Klinik:

Bitte beschreiben Sie, inwiefern sich die Situation in Ihrem Hause durch das Projekt verbessern könnte (max. 1.400 Zeichen ohne Leerzeichen). Geben Sie konkrete Beispiele hierfür, wie z.B. Reduktion von Arzneimittelbezogenen Problemen oder Medikationsfehlern, Schmerzreduktion etc.. Allgemeine Beschreibungen wie Verbesserung der AMTS oder Patientensicherheit sind nicht ausreichend konkret.

Verstetigungspotential des Projektes:

Stellen Sie dar, wie nach Ende der Förderung die Ergebnisse aus dem Projekt auf die Versorgungssituation im Alltag übertragen werden können (max. 1.400 Zeichen ohne Leerzeichen).

Eigenleistung der beteiligten Institutionen:

Beschreiben Sie die von den beteiligten Institutionen erbrachten Eigenleistungen. Dazu zählen zum Beispiel: Bereitstellung von benötigten Datenbanken, technische Ausstattung, Teilnahme an Seminaren & Kongressen, Urlaubs-/Krankheitsvertretung etc.

Dissemination der Ergebnisse und Mentoring/Kooperationen mit den Teilnehmer:innen

Bitte skizzieren Sie Ihren Plan, wie eine Dissemination der Ergebnisse und ein nachhaltiges Mentoring / Kooperationen mit dem Teilnehmer:innen-Kreis umgesetzt werden kann.

Zustimmung der Apothekenleitung/ärztliche Leitung Notaufnahme

Bitte senden Sie diesen Antrag zusammen mit den unterschriebenen Bestätigungen der Apothekenleitung und der ärztlichen Leitung Notaufnahme (jeweils eine Bestätigung) per E-Mail an info@pukph.org.

Erklärung der Antragstellenden

- Ich erkläre hiermit, dass die oben genannten Angaben richtig und vollständig sind. Sollten sich entscheidende Daten hinsichtlich des Projektes ändern, wie z.B. das Ausscheiden eines Mit Antragstellers, werde ich sofort die Stiftung Patient & Klinische Pharmazie schriftlich informieren.
- Mir ist bekannt, dass ich im Falle einer Förderung die Finanzmittel nur in der beantragten und genehmigten Art und Weise verwenden darf. Sollte sich im Laufe der Projektdurchführung herausstellen, dass die Personalmittel zeitlich anders aufgeteilt werden

müssten, bin ich verpflichtet, rechtzeitig bei der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie einen schriftlichen Änderungsantrag zu stellen. Mir ist bewusst, dass die Änderung nicht stattfinden darf, bevor die Stiftung ihre Einwilligung dazu erteilt hat.

- Sollte eine Einwilligung einer Ethikkommission für die Durchführung des Projektes notwendig sein, muss ich diese vor Projektstart einholen. Sofern dies erforderlich ist, kann eine unterstützende Beratung der Stiftung zum Ethikantrag erfolgen.
- Die Stiftung haftet nicht für die Tätigkeiten des:der *Emergency Department Pharmacist* oder Tätigkeiten anderer im Projekt beteiligten Personen.
- Ich verpflichte mich, zum Projektstart dem:der durchführenden Apotheker:in ein Tutorial *Emergency Department Pharmacist* zeitgerecht anzubieten, das als Voraussetzung für die Tätigkeit abzulegen ist. Nähere Informationen hierüber werden im Falle einer Bewilligung des Antrages von der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie erteilt.
- Ich verpflichte mich, über die klinisch-pharmazeutische Tätigkeit des:der *Emergency Department Pharmacist* im Projekt eine hinsichtlich der Patienten anonymisierte Dokumentation zu führen, die vorab mit der Stiftung verbindlich abgestimmt wird.
- Ich verpflichte mich, inhaltliche Berichte zeitgerecht über die bis dahin durchgeführten Arbeiten jährlich der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie unaufgefordert zuzusenden.
- Nach Projektende werde ich der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie innerhalb von 6 Monaten einen Abschlussbericht sowie einen rechnerischen Nachweis über die Verwendung der Mittel unaufgefordert zukommen lassen.
- Ich werde in allen Publikationen, die aus dem geförderten Projekt hervorgehen, auf die Unterstützung der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie hinweisen. Des Weiteren verpflichte ich mich, alle aus dem Projekt hervorgehenden Publikationen unaufgefordert der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie zuzusenden.
- Mir ist bewusst, dass eine bewilligte Förderung voraussetzt, dass die Stiftung die Ergebnisse und Daten (Titel des Projektes, Name Antragsteller, Klinik, Projektbeschreibung) für die Öffentlichkeitsarbeit der Stiftung verwenden darf.
- Mit der Einreichung eines Antrags stimme ich zu, dass alle dort genannten Angaben für die Bearbeitung durch die Stiftung verwendet und gespeichert werden.
- Ich habe die Datenschutzerklärung der Stiftung Patient & Klinische Pharmazie gelesen und verstanden.

Ort, Datum, Unterschrift Hauptantragsteller:in

Ort, Datum, Unterschrift Mit Antragsteller:in