

## Bescheinigung über die Ableistung der praktischen Ausbildung in der Apotheke

..... geboren am ..... in .....  
(Vor- und Zuname)

hat nach Bestehen des ersten Prüfungsabschnitts

in der Zeit vom ..... bis (voraussichtlich\*) .....

eine praktische Ausbildung zum Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin/des pharmazeutisch-technischen Assistenten in der von mir geleiteten

..... in .....  
(Name der Apotheke)

regelmäßig 5-Tage-Arbeitswoche \*) 6-Tage-Arbeitswoche \*) abgeleistet.

### **vorläufige Bescheinigung \*)**

Die praktische Ausbildung ist bis zum unten angegebenen Datum um ..... Tage <sup>1)</sup> unterbrochen worden.

### **abschließende Bescheinigung \*)**

In der abschließenden Bescheinigung sind auch die Fehlzeiten bis zum Praktikumsende anzugeben.

Die praktische Tätigkeit in meiner Apotheke endet nach dem unten angegebenen Datum.  
Bis zum Praktikumsende werden ..... Tage Urlaub gewährt.

Die praktische Ausbildung wurde insgesamt um ..... Fehltage <sup>1)</sup> unterbrochen.  
(Fehlzeiten können durch Urlaub, Krankheit, Kindpflege oder Sonstiges entstehen.)

Die halbjährige praktische Ausbildung ist gemäß § 17 Abs. 2 der PTA-APrV um Fehlzeiten zu verlängern, die **vier Wochen** überschreiten; dies gilt entsprechend, wenn die praktische Ausbildung nicht ganztägig abgeleistet werden kann. Die Fehlzeiten müssen vor Eintritt in die mündliche Prüfung ausgeglichen werden.

Die praktische Ausbildung erstreckte sich auf die pharmazeutischen Tätigkeiten des Apothekenbetriebes, insbesondere auf die in der Anlage 1 Teil B der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für pharmazeutisch-technische Assistentinnen und pharmazeutisch-technische Assistenten vorgeschriebenen Lerngebiete. Die im Tagebuch enthaltenen Arbeiten wurden von dem/der Praktikanten/in selbst ausgeführt und beschrieben.

### **Datenschutzhinweis**

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.lids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.

....., den ..... (Stempel der Apotheke)  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des Apothekenleiters)

\*) Bitte Zutreffendes auswählen!