

Apothekenaufsicht

Merkblatt

Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis für eine Apotheke (Einzelapotheke)

Beizubringende Unterlagen

1. Antrag mit Angabe der vollständigen Apothekenbezeichnung (beachten Sie die korrekte Schreibweise des Apothekennamens) und des voraussichtlichen Eröffnungs- bzw. Übernahmedatums (siehe Vordruck)
2. Ausweisdokument (Personalausweis, Reisepass)*
3. Approbationsnachweis als Apotheker/in *
4. Beschäftigungsnachweis über pharmazeutische Tätigkeiten
(Wer mehr als zwei Jahren ununterbrochen nicht als Apotheker/in gearbeitet hat, muss den Nachweis einer hauptberuflichen Tätigkeit von mindestens sechs (6) Monaten im letzten Jahr vor der Antragsstellung erbringen.)
5. Eigentumsnachweis für die Apothekenbetriebsräume (oder den Mietvertrag, soweit Sie nicht Eigentümer sind. Sollten Untermietverträge bestehen, ist auch der Hauptmietvertrag vorzulegen.) *
6. Kaufvertrag über die Apotheke und gegebenenfalls die Apothekeneinrichtung *
7. Bei Fremdfinanzierung: Vorlage des Finanzierungsplanes (beispielsweise die Zusage zur Finanzmittelbereitstellung des Kreditinstitutes); Ansonsten: Erklärung, dass die Finanzierung aus Eigenmitteln erfolgt.
8. Qualitätsmanagementsystem (zumindest als Grundgerüst in digitaler Form)
9. Gegebenenfalls weitere Unterlagen, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen (z.B. OHG-Vertrag). *

* Vorlage nur in amtlich beglaubigter Kopie oder alternativ als unterzeichnete Zweitausfertigung zum Verbleib bei der Apothekerkammer. Bitte keine von Ihnen noch benötigten Originale einreichen.

10. Aktueller, vollständiger und lesbarer Plan der Apothekenbetriebsräume (Grundriss, Aufriss, Lageplan, vorzugsweise per PDF mit Maßstab 1:100 oder 1:50), aus dem die Größe (jeweilige Größe der Betriebsräume in m²), die Lage, die Einrichtung und Funktionsbezeichnung aller Apothekenräume sowie der barrierefreie Zugang zur Offizin von öffentlicher Verkehrsfläche (Nachweis möglichst per Foto) ersichtlich sind. Gegebenenfalls Mitteilung, ob Räume außerhalb der Raumeinheit der Apotheke genutzt werden, deren Zweckbestimmung, Anschrift – Lage – und Raumplan mit Beschreibung.
11. Ärztliches Zeugnis, dass Sie gesundheitlich geeignet sind, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten (siehe Vordruck). **
12. Persönliche Erklärung und eidesstattliche Versicherung (siehe Vordruck)
13. Polizeiliches Führungszeugnis (Belegart 0, zu beantragen bei der Meldebehörde Ihres Wohnortes; als Verwendungszweck ausdrücklich „Apothekenbetriebserlaubnis in [Ortsangabe]“ angeben). **

Weitere Hinweise

- Um den Apothekenbetrieb durch den Antragsteller/ die Antragstellerin zum gewünschten Eröffnungs- /Übernahmetermin zu ermöglichen, ist die **Vorlage der vollständigen Antragsunterlagen mindestens sechs Wochen vor dem genannten Termin** erforderlich.
- Berücksichtigen Sie bei Ihrer Planung, dass Sie für den Betrieb einer Apotheke einen Heilberufsausweis (HBA) und eine Security-Module-Card Typ B (SMC-B) benötigen. Die Beantragung und die Produktion eines HBA nimmt etwa vier Wochen in Anspruch, die einer SMC-B ca. zwei Wochen.
- Spätestens am Eröffnungs-/ Übernahmetag muss durch den Antragsteller/ die Antragstellerin die Anbindung an das securPharm-System und die Gematik sowie deren Funktionsfähigkeit sichergestellt sein.
- Das Antragsverfahren zur Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis ist kostenpflichtig. Der genaue Betrag hängt aufgrund von Festlegungen in der Allgemeinen Gebührenordnung (AllGO) von der Betriebsform der Apotheke (Eigentum, Pacht, Verwaltung, Filiale) ab.

** Soweit bereits entsprechende Unterlagen vorgelegt worden sind, sollten diese zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht älter als einen Monat sein.

Apothekenaufsicht

Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis für eine Apotheke (Einzelapotheke)

gemäß § 1 Abs. 2 i.V.m. § 2 Abs. 1 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)

Persönliche Daten	Name ggf. Geburtsname Titel Straße, Hausnummer PLZ, Ort E-Mail Geburtsdatum Vorname ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers Telefon Geburtsort
Approbation	Approbation erteilt am durch Bitte legen Sie eine aktuelle amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde (nicht älter als drei Monate) als Nachweis bei.
Apotheke	Ich beantrage die Erteilung der Betriebserlaubnis mit Wirkung vom Name der Apotheke Straße, Hausnummer PLZ, Ort
Rechtsform	☐ Eigentümer/in ☐ Pächter/in ☐ Umschreibung einer bestehenden Pachterlaubnis ☐ OHG-Gesellschafter/in Der Antrag ist durch jede/n Gesellschafter/in zu stellen und sämtliche personengebundenen Unterlagen sind je Gesellschafter/in einzureichen.
Unterschrift	Ort, Datum Unterschrift

Persönliche Erklärung

zum Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis

Apotheke	Apothekenname Straße, Hausnummer PLZ, Ort
	1. Ich bin voll geschäftsfähig. 2. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich keinen Antrag – auch nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum – gestellt. 3. Ich bin derzeit ☐ nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke – auch nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum. ☐ im Besitz einer Betriebserlaubnis für folgende Apotheke(n): 4. Ich verpflichte mich, jede Eröffnung einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, der für die Erteilung der Erlaubnis zuständigen Behörde mitzuteilen. 5. Ich beabsichtige, ☐ die Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung zu leiten. ☐ die Apotheke in der Rechtsform einer Offenen Handelsgesellschaft zu betreiben. 6. Ich bin im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte und erkläre, dass ein schwebendes Verfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich nicht anhängig ist. Ich bin nicht vorbestraft. 7. Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich ☐ nicht besessen. ☐ besessen. Diese war mir vom _____ bis _____ erteilt. 8. Ich erkläre, dass mir die Bestimmungen des § 8 ApoG in Wortlaut und Bedeutung bekannt sind. Im Übrigen erkläre ich, dass meine Angaben richtig sind. Ich bin mir bewusst, dass bereits die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Zurücknahme der Betriebserlaubnis führen kann. 9. Soweit ich mehrere Apotheken betreiben möchte, werde ich dies der jeweiligen Behörde unter Nennung von Haupt- und Filialapotheke(n) anzeigen. Beantrage ich eine Erlaubnis für den Betrieb einer einzelnen Apotheke, verpflichte ich mich, die Leitung bzw. den Betrieb anderer Apotheken aufzugeben und die Erlaubnisurkunde an die jeweils zuständige Behörde zurückzugeben. 10. Ich versichere an Eides statt, a. dass ich keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder Vereinbarungen getroffen habe, die gegen die §§ 8 Satz 2, 9 Abs. 1, 10 oder 11 Apothekengesetz verstoßen, b. dass ich alle Verträge, die mit der Einrichtung und dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen, mit dem Antrag vorgelegt habe.
Unterschrift	Ort, Datum Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

zur Vorlage bei der Apothekerkammer Niedersachsen

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

wurde von mir heute ärztlich untersucht und wird in gesundheitlicher Hinsicht für

☐ geeignet

☐ nicht geeignet

gehalten, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel der Ärztin/ des Arztes

■ Veröffentlichung von Apothekenbetriebsdaten

Die Apothekerkammer Niedersachsen bietet Ihnen an, Ihre Apothekenbetriebsdaten in den unten aufgeführten Fachzeitschriften kostenfrei zu veröffentlichen.

Folgende Angaben werden veröffentlicht:

- Name des Apothekenleiters
- Name der Apotheke
- Anschrift der Apotheke
- Datum der Neugründung/Schließung/Veränderung

Aus datenschutzrechtlichen Gründen können diese Angaben nur mit Ihrer Einwilligung veröffentlicht werden.
Bitte senden Sie deshalb dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per Post oder Fax an die Apothekerkammer zurück.

Publikationen	Ich wünsche die Veröffentlichung meiner Apothekenbetriebsdaten in den Fachzeitschriften: ☐ Pharmazeutische Zeitung (PZ) und Deutsche Apotheker Zeitung (DAZ) ☐ Ich wünsche keine Veröffentlichung.	
Betriebsdaten	Name der Apotheke Apothekennummer (vierstellig) Straße PLZ, Ort Apothekenleiter (Eigentümer oder Pächter) Telefon (Angabe wird nicht veröffentlicht) Fax (Angabe wird nicht veröffentlicht) E-Mail (Angabe wird nicht veröffentlicht) Internetseite (Angabe wird nicht veröffentlicht)	
Unterschrift	Datum Unterschrift	