

Merkblatt über beizubringende Unterlagen für Anträge auf Erteilung einer Apothekenverwaltungserlaubnis

1. Antrag mit Angabe der vollständigen Apothekenbezeichnung und Beginn des voraussichtlichen Verwaltungsdatums (Muster siehe Anlage)
2. Staatsangehörigkeitsnachweis (Personalausweis, Reisepass) *
3. Approbationsnachweis als Apotheker/Apothekerin *
4. Beschäftigungsnachweis über pharmazeutische Tätigkeiten
(Wer mehr als zwei Jahren ununterbrochen nicht als Apotheker/Apothekerin gearbeitet hat, muss den Nachweis einer hauptberuflichen Tätigkeit von mind. 6 Monaten im letzten Jahr vor der Antragsstellung erbringen.)
5. Verwaltungsvertrag für die Apotheke *
6. Erbberechtigungsnachweis *
7. Ärztliches Zeugnis, dass Sie gesundheitlich geeignet sind, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. **
8. Persönliche Erklärung und eidesstattliche Versicherung (siehe Vordruck)
9. Polizeiliches Führungszeugnis (Belegart o, zu beantragen bei der Meldebehörde des Wohnortes; als Verwendungszweck bitte ausdrücklich „Apothekenbetriebserlaubnis in [Ortsangabe]“ angeben). **

Weitere Hinweise:

- § 13 Abs. 1 ApoG erlaubt, dass nach dem Tod des Erlaubnisinhabers die Erben eine Apotheke für längstens 12 Monate durch einen Apotheker/einer Apothekerin verwalten lassen können.
- Der Verwalter/die Verwalterin ist für die Beachtung der Apothekenbetriebsordnung und der Vorschriften über die Herstellung von Arzneimitteln und den Verkehr mit diesen verantwortlich.
- Die Tätigkeit des Verwalters/der Verwalterin sollte hauptberuflich erfolgen.
- 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 ca. vier Wochen in Anspruch. Im Rahmen der Verwaltung kann die SMC-B des bisherigen Betriebserlaubnisinhabers weitergenutzt werden.
- Um den Apothekenbetrieb durch den Antragsteller/der Antragstellerin zum genannten Eröffnungs-/Übernahmetermin zu ermöglichen, ist die Vorlage der vollständigen Antragsunterlagen 6 Wochen vor dem genannten Termin erforderlich.
- Die Erteilung einer Apothekenverwaltungserlaubnis ist kostenpflichtig. Der genaue Betrag hängt aufgrund von Festlegungen in der Allgemeinen Gebührenordnung (AllGO) von der Betriebsform der Apotheke (Eigentum, Pacht, Verwaltung, Filiale) ab.
- Die Anschrift des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (Bundesopiumstelle) lautet: Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3 in 51175 Bonn. Sie können die Bundesopiumstelle zwischen 09.00 Uhr und 12.00 Uhr auch unter der Rufnummer 0228 99307-4321 erreichen.

* Vorlage nur in amtlich beglaubigter Kopie. Bitte **keine** Originale einreichen.

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

Name _____

Telefon

Anschrift

Apothekerkammer Niedersachsen
Apothekenaufsicht
An der Markuskirche 4
30163 Hannover

Antrag auf Erteilung einer Apothekenverwaltungserlaubnis

(zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ich beantrage die Erteilung der Erlaubnis mit Wirkung vom _____ als Verwalter

für die _____ in _____ .
 (Name der Apotheke) Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

Ort, Datum

Unterschrift

Persönliche Erklärung

zum Antrag auf Erteilung einer Verwaltungserlaubnis für die

Apotheke, in

(zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

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 bin im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte und erkläre, dass ein schwebendes Verfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich nicht anhängig ist. Ich bin nicht vorbestraft.
 6. Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich
 - ☐ nicht besessen.
 - ☐ besessen. und zwar war mir diese vom _____ bis _____ erteilt.
 7. 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 Rücknahme der Betriebserlaubnis führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Ärztliche Bescheinigung

		Untersuchungsdatum
Name, Vorname		Geb.-Datum
Anschrift		

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

☐ geeignet ☐ nicht geeignet gehalten,

eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

Unterschrift und Stempel 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	