

MERKBLATT

Antrag auf Änderung der Betriebserlaubnis einer Apotheke

Wer eine Apotheke und bis zu drei Filialapotheken betreiben will, bedarf der Erlaubnis der zuständigen Behörde. Die Erlaubnis (*Betriebserlaubnis*) gilt nur für den Apotheker, dem sie erteilt ist und für die in der Betriebserlaubnisurkunde bezeichneten Räume. (§1 Abs. 2, 3 ApoG)

Wenn eine Änderung der Betriebserlaubnis aufgrund von Wechsel der Haupt- und Filialapotheke oder Schließung der Apotheke erfolgen soll, so ist eine entsprechende Anpassung bei der zuständigen Behörde durch schriftliche vorherige Antragstellung erforderlich. Die Änderung der Betriebserlaubnis ist **gebührenpflichtig**. Der Kostensatz hierfür ist in der Gesundheitswesen-kostenverordnung (GesKostVO M-V) geregelt.

Der Antrag auf Änderung der bestehenden Betriebserlaubnis ist rechtzeitig (*mindestens 4 Wochen vor begehrtem Änderungsstermin*) beim Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern, Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle Schwerin zu stellen.

Wenn möglich verwenden Sie bitte hierfür die beigefügten Antragsformulare und senden diese vollständig ausgefüllt und unterschrieben an das (*Postanschrift*):

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle
Friedrich-Engels-Str. 47, 19061 Schwerin

Sollten Sie die Antragsunterlagen persönlich abgeben wollen, so vereinbaren Sie bitte zuvor einen entsprechenden Abgabetermin.

Die Hausanschrift (*Achtung – keine Postzustelladresse*) ist:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern
Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle
Wismarsche Straße 298, 19055 Schwerin

Für Fragen oder Terminabsprachen erreichen Sie uns:

Ansprechpartner: Frau Fornacon
Telefonnummer: 0385 588 59384
Telefaxnummer: 0385 588 59399
E-Mail: poststelle.amuest@lagus.mv-regierung.de

Antrag auf Änderung der Betriebserlaubnis einer Apotheke

- Änderung wegen Wechsel von Haupt- und Filialapotheke/n
- Änderung wegen Schließung einer oder mehrerer Apotheken

(1) Angaben zum Betriebserlaubnisinhaber

Vorname	<input type="text"/> <small>Vorname Betriebserlaubnisinhaber</small>	Name	<input type="text"/> <small>Nachname Betriebserlaubnisinhaber</small>
Geburtsdatum	<input type="text"/> <small>Geburtsdatum</small>	Geburtsort	<input type="text"/> <small>Geburtsort</small>
Anschrift	<input type="text"/> <small>Straße und Hausnummer</small>	<input type="text"/> <small>Postleitzahl</small>	<input type="text"/> <small>Wohnort</small>
Telefonnummer (für Rückfragen):	<input type="text"/> <small>Telefonnummer (für Rückfragen)</small>		
E-Mail-Adresse (für Rückfragen):	<input type="text"/> <small>E-Mail-Adresse (für Rückfragen)</small>		

(2) Angaben zur Schließung einer oder mehrerer Apotheken

Punkt entfällt

Folgende Apotheke/n

<input type="text"/> <small>Name Apotheke und Ort der Apotheke</small>
<input type="text"/> <small>Name Apotheke und Ort der Apotheke</small>
<input type="text"/> <small>Name Apotheke und Ort der Apotheke</small>
<input type="text"/> <small>Name Apotheke und Ort der Apotheke</small>

sollen zum
Datum Schließung endgültig geschlossen werden.

Begründung: *(Bitte kurz erläutern)*

- Ich erkläre im Fall der endgültigen Schließung der benannten Apotheke(n) zum Zeitpunkt der Schließung, den Verzicht auf die Erlaubnis zum Betreiben dieser Apotheke(n). Ich bin mir darüber im Klaren, dass durch diese Verzichtserklärung die vorhandene Betriebs-erlaubnis gemäß § 3 Nr. 2 ApoG für diese Apotheke(n) erlischt.

(3) Angaben zum Antrag auf Änderung der Betriebserlaubnis

Punkt entfällt

Folgende Änderung der derzeit bestehende Betriebserlaubnis vom wird zum beantragt:

Name der geplanten Hauptapotheke
Anschrift der geplanten Hauptapotheke

als Hauptapotheke (= vom Betriebserlaubnisinhaber geleitete Apotheke),
sowie für die (sofern vorhanden)

Name der geplanten Filialapotheke 1
Anschrift der geplanten Filialapotheke 1

Als Leiter/-in der Filialapotheke 1 im Sinne § 2 Abs. 5 Apothekengesetz wird Herr / Frau Apotheker/-in benannt.

Name der geplanten Filialapotheke 2
Anschrift der geplanten Filialapotheke 2

Als Leiter/-in der Filialapotheke 2 im Sinne § 2 Abs. 5 Apothekengesetz wird Herr / Frau Apotheker/-in benannt.

Name der geplanten Filialapotheke 3
Anschrift der geplanten Filialapotheke 3

Als Leiter/-in der Filialapotheke 3 im Sinne § 2 Abs. 5 Apothekengesetz wird Herr / Frau Apotheker/-in benannt.

Hinweis: Wenn die geplante Person für die Filialapothekenleitung bisher nicht in einer der o. a . Apotheken als Leiter/-in einer Apotheke eingesetzt war, ist die Durchführung eines Verfahrens zum Wechsel der Filialleitung erforderlich. Nutzen Sie hierzu bitte die entsprechenden Formulare zur Anzeige des Einsatzes eines/einer Filialleiter/-in oder melden sich bei Unklarheiten beim Landesamt für Gesundheit und Soziales MV, Dezernat Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle Schwerin.

(4) Erklärung zum Antrag auf Änderung der Betriebserlaubnis

Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland bzw. habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben.

Ich verzichte auf die derzeit bestehende Betriebserlaubnis vom zu dem Zeitpunkt, zu dem mir die geänderte Betriebserlaubnis erteilt wird für die (*sofern vorhanden*):

als Hauptapotheke, sowie für die

als Filialapotheke 1

als Filialapotheke 2

als Filialapotheke 3.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis zurückgenommen bzw. widerrufen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend und/oder unvollständig ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ich erkläre im Fall der endgültigen Schließung aller in der Betriebserlaubnis benannten Apotheken zum Zeitpunkt der Schließung, den Verzicht auf die Erlaubnis zum Betreiben dieser Apotheke(n).

Ich bin mir darüber im Klaren, dass durch diese Verzichtserklärung die vorhandene Betriebserlaubnis gemäß § 3 Nr. 2 ApoG für diese Apotheke(n) erlischt.

MERKBLATT

Anzeige Wechsel eines/einer Filialleiter/-in

Nach § 2 Absatz 5 Satz 4 des Apothekengesetzes (ApoG) ist im Falle eines Filialleiterwechsels dieses vom Betreiber der Apotheken (Betriebserlaubnisinhaberin / Betriebserlaubnisinhaber) **spätestens zwei Wochen** vor der Änderung bei der zuständigen Behörde (Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle Schwerin) anzuzeigen.

Bei einem unvorhergesehenen Wechsel der Person des Verantwortlichen muss die Änderungsanzeige **unverzüglich** erfolgen.

Das Anzeigeverfahren zum Wechsel eines/einer Filialleiters/-in ist **gebührenpflichtig**. Der Kostensatz hierfür ist in der Gesundheitswesenkostenverordnung (GesKostVO M-V) geregelt.

Erforderliche Unterlagen zur Anzeige der Filialapothekerin / des Filialapothekers

- Gültiger Staatsangehörigkeitsausweis oder amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises/Reisepasses des/der Filialleiters/-in
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Amtlich oder notariell beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde des/der Filialleiters/-in
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Ein aktueller unterschriebener tabellarischer Lebenslauf des/der Filialleiters/-in mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige berufliche Tätigkeit.
(Nur notwendig, wenn der/die Apotheker/-in erstmalig als Filialleiter/-in in der betreffenden Apotheke eingesetzt werden soll!)
- Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen des/der Filialleiters/-in, wenn die Approbation länger als zwei Jahre vor der jetzigen Anstellung erteilt wurde **und** mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen **keine** pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wurde *(z. B. nach längerer Elternzeit)*.
- Eine ärztliche Bescheinigung des/der geplanten Filialleiters/-in mit folgendem Inhalt:
„Frau/Herr Apotheker/-in geboren am wohnhaft in
ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs
„Apothekenleiter / Apothekenleiterin“ geeignet oder ungeeignet.“
(siehe Formular _ Anlage 2).

Achtung! Diese Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein.

Ein amtliches Führungszeugnis gem. § 30 Abs. 5 BZRG - Belegart 0 des/der Filialleiters/-in.

Bei der Beantragung ist folgendes anzugeben:

*„Zur Vorlage bei der Behörde.“ / Verwendungszweck: „Filialleitung der (Name, Ort Apotheke)“
Achtung! Das Führungszeugnis wird in der Regel innerhalb einer Woche ab der Antragstellung beim Einwohnermeldeamt des Wohnsitzes an direkt an die zuständige Behörde gesandt.
Beantragen Sie daher das Führungszeugnis bitte frühestens drei Monate vor dem geplanten Filialleitereinsatz der Apotheke, da das Führungszeugnis nach Erteilung durch das Bundesamt für Justiz nur maximal drei Monate gültig ist!*

Anzeige Wechsel des/der Filialleiters/-in gem. § 2 Abs. 5 ApoG (siehe Formular _ Anlage 1)

Eine Kopie des Arbeitsvertrages mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (mindestens 30 h) aus dem hervorgeht, dass die Rechte und Pflichten eines Filialleiters i.S. ApoG durch den/die eingesetzte Filialleiter/in wahrgenommen werden können.

Anzeige über den Wechsel der Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem übernimmt Herr/Frau Apotheker/in
 die Leitung der folgenden Filialapotheke:

Anschrift der geplanten Filialapotheke

Die wöchentliche Arbeitszeit der/des geplanten Filialleiter/-in beträgt Stunden.
 Eine Kopie des Arbeitsvertrages habe ich beigelegt.

Die Öffnungszeiten der betreffenden Filialapotheke lauten wie folgt:

	von <i>(Uhrzeit Öffnung Apotheke)</i>	bis <i>(Uhrzeit Schließung Apotheke)</i>	Öffnungszeiten <i>(Stunden / Tag)</i>
Montag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dienstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mittwoch	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Donnerstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Samstag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sonntag	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Öffnungszeiten gesamt pro Woche <i>(Stunden / Woche)</i>			<input type="text"/>

Die Verpflichtungen, wie sie im Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG) und in der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für Apothekenleiter/-innen festgelegt sind, werden durch die/den Filialleiter/-in erfüllt.

Für die o.g. Person wurde ein amtliches **Führungszeugnis** (Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG; Verwendungszweck „Leitung der Filialapotheke“ beantragt.

Folgende Unterlagen der/des geplanten Filialleiter/-in habe sind dieser Anzeige beigelegt:

- Nachweis Staatsangehörigkeit *entfällt, da bereits vorliegend*
- Beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde *entfällt, da bereits vorliegend*
- Beruflicher Werdegang / Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen
- Ärztliche Bescheinigung
- Kopie Arbeitsvertrag Filialleiter

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage
beim Landesamt für Gesundheit und Soziales MV,
Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle Schwerin**

Untersuchungsdatum

Datum der Untersuchung

Zwecks geplantem Einsatz als Filialapothekenleiter / Filialapothekenleiterin

Herr / Frau Apotheker / Apothekerin

Vorname	<small>Vorname</small>	Nachname	<small>Nachname</small>	Geburtsdatum	<small>Geburtsdatum</small>
---------	------------------------	----------	-------------------------	--------------	-----------------------------

Anschrift

Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Wohnort

wurde von mir heute ärztlich untersucht und ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs „Apothekenleiter / Apothekenleiterin“ geeignet / ungeeignet.

Datum, Unterschrift, Stempel des Arztes / Arztpraxis