



## MERKBLATT

### zum Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis

Folgende Unterlagen sind vollständig mindestens acht Wochen vor dem geplanten Eröffnungstermin einzureichen beim:

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern  
Arzneimittelüberwachungs- und -prüfstelle  
Friedrich-Engels-Straße 47  
19061 Schwerin

1	Ein formloser Antrag. (Formular - Anlage 0)
2	Eine beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde.
3	Ein Nachweis, dass die Antragstellerin / der Antragsteller Deutsche/Deutscher <b>oder</b> Angehörige/Angehöriger eines der übrigen Mitgliedstaaten der EU <b>oder</b> eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum <b>oder</b> heimatlose Ausländerin/heimatloser Ausländer ist  Dies kann durch einen Staatsangehörigkeitsausweis oder eine beglaubigte Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses nachgewiesen werden.
4	Ein aktueller unterschriebener knapper tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige berufliche Tätigkeit.
5	Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen, wenn die Approbation länger als zwei Jahre vor der jetzigen Antragstellung erteilt wurde <b>und</b> mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen <b>keine</b> pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wurde (z. B. nach längerer Elternzeit, Krankheit o.ä.)
6	Eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Inhalt: „Frau/Herr.....geb. am .....ist in gesundheitlicher Hinsicht geeignet, eine Apotheke zu leiten.“ Die Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein. (Formular - Anlage 1).
7	Ein amtliches Führungszeugnis <b>Belegart 0 – „Zur Vorlage bei der Behörde gem. § 30 Abs. 5 Bundeszentralregistergesetz“</b> , als Verwendungszweck ist <b>„Apothekenbetriebserlaubnis für die (Name und Ort der Apotheke)“</b> anzugeben  Achtung! Das Führungszeugnis wird in der Regel innerhalb einer Woche ab der Antragstellung beim Einwohnermeldeamt Ihres Wohnsitzes an meine Behörde gesandt. Beantragen Sie das Führungszeugnis daher bitte <b>frühestens drei Monate vor dem geplanten Eröffnungstermin der Apotheke</b> , da es nach Erteilung durch das Bundesamt für Justiz maximal drei Monate gültig ist!
8	Eine eidesstattliche Versicherung gemäß § 2 Abs. 1 Ziff. 5 ApoG. (Formular - Anlage 2)
9	Eine Erklärung gemäß § 2 ApoG und bei einer bereits vorhandenen Betriebserlaubnis die Verzichtserklärung auf die bestehende Apothekenbetriebserlaubnis im Fall der Erteilung der neuen Betriebserlaubnis (Formular - Anlage 3)

10	<p>Eine Ausfertigung des <u>Kaufvertrages, Schenkungsvertrages oder des Erbscheines</u>, wenn die Erteilung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke nach Kauf, Schenkung oder Erbschaft beantragt wird <b>und / oder</b> eine Ausfertigung des <u>OHG- oder GbR-Vertrages</u>, falls die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben werden soll <b>oder</b> eine Ausfertigung des <u>Apothekenpachtvertrages</u> und ggf. des Schiedsvertrages, falls die Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke als Pächter/in beantragt wird.</p>
11	<p>Ein Nachweis der Verfügungsgewalt der Antragstellerin / des Antragstellers über die <u>Apothekenbetriebsräume</u> ist vorzulegen durch:  Miet-, Kauf-, Übertragungs-, Schenkungs- oder Pachtvertrag im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie (Vorlage eines Vertrages aus Pkt. 11 oder Pkt. 12 ist ausreichend)</p> <p>Sofern Sie <u>nicht Eigentümer/in</u> der Apothekenbetriebsräume sind, dient als Nachweis die Vorlage des <u>Mietvertrages</u>.</p> <p>Sofern die Apothekenbetriebsräume in Form einer <u>Untermietung</u> angemietet werden, sind neben den <u>Untermietverträgen</u> auch die <u>Hauptmietverträge</u> und ggf. der Vertrag über die Miete/ den Kauf der Apothekeneinrichtung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.</p> <p>Sofern Sie <u>Eigentümer/in</u> der Apothekenbetriebsräume sind, dient als Nachweis die Vorlage des <u>Grundbuchauszuges</u> mit der Bezeichnung des Grundstückes nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.</p> <p><i>Hinweis: Eine Ausfertigung der Verträge, der Grundrisszeichnungen und ggf. der Grundbuchauszug verbleiben nach Beendigung des Genehmigungsverfahrens bei der Behörde und werden Bestandteil der Apothekenakte. Kosten für die Bereitstellung können nicht übernommen werden.</i></p>
12	<p>Bei <u>Kauf</u> einer Apotheke ist zusätzlich eine Verzichtserklärung auch des Verkäufers bzw. bei <u>Übertrag</u> durch den Übertragenden vorzulegen (Formular - Anlage 3a).</p>
13	<p>Belege über die Finanzierung der Apothekenverträge (Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.)</p>
14	<p><i>Hinweis zu den erforderlichen Betriebsräumen:</i>  Die Grundfläche von Offizin, Laboratorium, Lagerraum, Nachtdienstzimmer muss mindestens 110 m<sup>2</sup> betragen. Die Offizin muss einen Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen haben und soll barrierefrei erreichbar sein. Sie muss so gestaltet werden, dass der Vorrang des Arzneimittelversorgungsauftrags nicht beeinträchtigt wird und für die in der Offizin ausgeübten wesentlichen Aufgaben, insbesondere die Beratung von Patienten und Kunden, genügend Raum bleibt. Die Offizin muss so eingerichtet sein, dass die Vertraulichkeit der Beratung, insbesondere an den Stellen, an denen Arzneimittel an Kunden abgegeben werden, so gewahrt wird, dass das Mithören des Beratungsgesprächs durch andere Kunden weitestgehend verhindert wird.</p> <p>Einzureichen zum Nachweis der Betriebsräume und Arbeitsplätze ist eine Grundriss-skizze (Maßstab 1:100 oder 1:50) ist in zweifacher Ausfertigung, aus der folgende Angaben ersichtlich sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>die Lage, die Einrichtung sowie Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume</li> <li>die Größe der Räume in m<sup>2</sup></li> <li>der Zugang zu öffentlichen Verkehrsflächen</li> <li>der Notdienstschalter</li> <li>der Lagerort der Arzneimittel bei Lieferung über Nacht (Formular - Anlage 4b)</li> </ol>

	<p>f) ggf. den Standort der Belüftungsanlage für die Rezeptur ( Formular - Anlage 4a)  <i>Hinweis:</i>  (Soweit eine Anlage zur Be- und / oder Entlüftung bzw. Klimatisierung der Rezeptur vorgesehen ist, muss diese detailliert beschrieben werden - u. a. Anlagenschema, Angaben zu den Filterklassen etc.)</p> <p>g) der Standort des Betäubungsmittel-Tresors (Anlage 4)  <i>Hinweis:</i>  Die Richtlinien der Bundesopiumstelle über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmitteln (Richtlinie 4114-K [1.07] Stand: 1.1.2007) sind einzuhalten. Lagerung von Betäubungsmitteln ist in öffl. Apotheken nur in zertifizierten Wertschutzschränken Widerstandsgrad I oder höher nach EN 1143-1 erlaubt. Bei einem Eigengewicht unter 1000 kg ist der Tresor - entsprechend der EN 1143-1 – zu verankern! Bei ungeeigneten Wänden kann auch eine Bodenverankerung erfolgen. Größe und Gewicht des Wertschutzschrankes ist anhand des Bedarfs selbst zu bestimmen. Der Wertschutzschrank sollte nicht einsehbar im Lagerbereich der Apotheke (nicht im Büro, Nachtdienstzimmer, Labor, Rezeptur usw.) aufgestellt werden. Mit entsprechender Verankerung kann er verdeckt in einem Schrank integriert werden. Wichtig ist die entsprechende Wertschutzschrank-Zertifizierung (Bundesopiumstelle akzeptiert ECB-S oder VdS Plaketten).</p>
15	Eine Erklärung über die in der Apotheke vorhandenen Arbeitsplätze. (Formular Anlage 4a)
16	Die Erklärung, dass die Antragstellerin/der Antragsteller mit einer Mitteilung an die Redaktionen der Zeitschriften „Deutsche Apothekerzeitung“ und „Pharmazeutische Zeitung“ unter Angabe des Vor- und Zunamens sowie des Wirksamwerdens der Erlaubnis einverstanden oder nicht einverstanden ist, ist vorzulegen (Anlage 5).
17	Die Zustelladresse für die Betriebserlaubnis ist anzugeben (Anlage 5).
18	Bei der Übernahme bestehender Apotheken ist die Erklärung über die Kündigung, den Vertragseintritt oder das nichtvorhandensein bestehender <b>Krankenhaus- und / oder Heimversorgungsverträge</b> zwingend notwendig! (Anlage 6)
19	Wenn Sie einen Antrag auf Genehmigung der Verwaltung einer Apotheke stellen, ist das Einreichen gesonderter Unterlagen erforderlich. In diesem Fall nehmen Sie bitte Kontakt mit der Arzneimittelüberwachungs- und Prüfstelle auf.
	<p><i>Hinweis zur ordnungsgemäßen <u>Übergabe von Betäubungsmitteln</u> bei Kauf, Übernahme oder Pacht einer Apotheke (Betäubungsmittel-Binnenhandels-Verordnung i. V. m. § 4 Abs. 1 Nr. 1d und § 12 Abs. 1 und 2 Betäubungsmittelgesetz):</i></p> <p><i>Die Übergabe von Betäubungsmitteln bei Besitzerwechsel oder Verpachtung erfolgt nach dem Abgabebelegverfahren, d. h., wie die Belieferung von Apotheken durch den Großhandel, mit dem dazu verwendeten vierteiligen Formular. Der als Abgabemeldung bezeichnete Teil ist bis spätestens an dem auf die Übergabe folgenden Werktag an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu senden.</i></p> <p><i>Die vorhandenen originalen Verbleibsnachweise (Betäubungsmittelverschreibungen und –lieferscheine) können beim ausscheidenden oder nachfolgenden Apotheker verbleiben und sind drei Jahre aufzubewahren (§ 12 Abs. 4 Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung – BtMVV). Die Karteikarten, Betäubungsmittelbücher oder EDV-Ausdrucke nach § 13 Abs. 1 BtMVV sind gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 BtMVV in der Apotheke drei Jahre lang, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren.</i></p> <p><i>Die Dokumentation nach dem <u>Transfusionsgesetz</u> (Blutprodukte) soll nach Kauf, Übernahme oder Verpachtung in der Apotheke verbleiben.</i></p>

	<b><u>Wenn es sich bei Ihrem Antrag um die Eröffnung einer Filialapotheke handelt, müssen folgende Unterlagen zusätzlich eingereicht werden:</u></b>	
F1	Eine Anzeige bzgl. der Filialleitung gem. § 2 Abs. 5 ApoG. (Formular - Anlage 7)	
F2	Ein gültiger Staatsangehörigkeitsausweis oder amtlich beglaubigte Kopie des Personalausweises/Reisepasses der geplanten Filialleiterin/des geplanten Filialleiters	
F3	Kopie des Arbeitsvertrages mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (mindestens 30 h) <b>o d e r</b> Erklärung der vereinbarten wöchentlichen Arbeitsstunden auf dem Formular „Anzeige gem. § 2 Abs. 5 ApoG“ (Formular Anlage 7)	
F4	Kopie der Approbationsurkunde der geplanten Filialleitung (amtlich oder notariell beglaubigt)	
F5	Ein aktueller unterschriebener tabellarischer Lebenslauf der geplanten Filialleitung mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige beruflichen Tätigkeit, <u>Datum und Unterschrift</u> bitte nicht vergessen	
F6	Zeugnisse bzw. Arbeitsbescheinigungen der geplanten Filialleitung, wenn die Approbation länger als zwei Jahre vor der jetzigen Anstellung erteilt wurde <b>und</b> mehr als zwei Jahre lang ununterbrochen <b>keine</b> pharmazeutische Tätigkeit ausgeübt wurde - (z. B. nach längerer Elternzeit)	
F7	Eine ärztliche Bescheinigung der geplanten Filialleitung mit folgendem Inhalt:  „Frau/Herr...geb. am .....in .....ist in gesundheitlicher Hinsicht geeignet, eine Apotheke zu leiten.“  Diese Bescheinigung darf nicht älter als drei Monate sein. (Muster siehe Formular Anlage 1)	
F8	Ein amtliches Führungszeugnis der geplanten Filialleitung. Bei der Beantragung ist folgendes anzugeben:  <b>Belegart 0 – „Zur Vorlage bei der Behörde gem. § 30 Abs. 5 BZRG“;</b> als Verwendungszweck ist „ <b>Filialleitung für die (Name und Ort der Apotheke)</b> “ anzugeben  <b>Achtung! Das Führungszeugnis wird in der Regel innerhalb einer Woche ab der Antragstellung beim Einwohnermeldeamt Ihres Wohnsitzes an meine Behörde gesandt. Beantragen Sie das Führungszeugnis daher bitte frühestens drei Monate vor dem geplanten Eröffnungstermin der Apotheke, da es nach Erteilung durch das Bundesamt für Justiz maximal drei Monate gültig ist!</b>	

## Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis

<b>Angaben Antragsteller</b>	
Vorname, Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer (für Rückfragen)	
E-Mail-Adresse (für Rückfragen)	
Die nachstehende(n) Apotheke(n) werde ich allein und eigenverantwortlich betreiben	<input type="checkbox"/>
Die nachstehende(n) Apotheke(n) sollen in der Rechtsform einer oHG betrieben werden.	<input type="checkbox"/>
Die nachstehende(n) Apotheke(n) sollen in der Rechtsform einer GbR betrieben werden.	<input type="checkbox"/>
Name der Gesellschaft (bei oHG / GbR) zum Betrieb der nachstehenden Apotheke(n)	
Geplanter Eröffnungstermin für nachstehende Apotheke(n)	

Hiermit beantrage ich die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb der nachstehenden Apotheke(n).

<b>Angaben zur beantragten</b>	<b>Apotheke 1 (Hauptapotheke)</b>	<b>Apotheke 2 (Filialapotheke 1)</b>
Name der Apotheke		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort der Apotheke		
Telefonnummer der Apotheke		
Faxnummer der Apotheke		
E-Mailadresse der Apotheke		

<b>Angaben zur beantragten</b>	<b>Apotheke 3 (Filialapotheke 2)</b>	<b>Apotheke 4 (Filialapotheke 3)</b>
Name der Apotheke		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort der Apotheke		
Telefonnummer der Apotheke		
Faxnummer der Apotheke		
E-Mailadresse der Apotheke		

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*

Einsenden an:

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg-Vorpommern  
Arzneimittelüberwachungs- und –prüfstelle  
Friedrich-Engels-Straße 47

19061 Schwerin

*Untersuchungsdatum*

**Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesamt für Gesundheit und Soziales zwecks Erteilung einer Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke**

<i>Name, Vorname</i>	<i>Geb.-Datum:</i>
<i>Anschrift:</i>	

wurde von mir heute ärztlich untersucht.

Der / Die AntragsstellerIn ist in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufs

<i>Berufsbezeichnung:</i>  Apothekenleiter / Apothekenleiterin
--

geeignet.

*Unterschrift und Stempel des Arztes*

## Eidesstattliche Versicherung zum Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis

Vorname, Nachname (Antragsteller)	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	

### Eidesstattliche Versicherung nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG)

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen, und ich den Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheke sowie auf Verlangen des Landesamtes für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern auch andere Verträge, die mit der Einrichtung und dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen, vorgelegt habe und vorlegen werde.

Ich versichere, dass außer den vorgelegten Verträgen keine weiteren Verträge existieren, die Beteiligungen in Form einer Stillen Gesellschaft und Vereinbarungen, bei denen die Vergütung für gewährte Darlehen oder sonst überlassene Vermögenswerte am Umsatz oder Gewinn der Apotheke ausgerichtet ist, zum Inhalt haben, insbesondere bestehen auch keine am Umsatz oder Gewinn ausgerichteten Mietverträge.

Ich versichere, dass ich keine Rechtsgeschäfte abgeschlossen habe, die mich verpflichten, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder abzugeben oder anderweitig die Auswahl der abzugebenden Arzneimittel auf das Angebot bestimmter Hersteller oder Händler oder von Gruppen von solchen zu beschränken.

Ich versichere, dass meine Mitarbeiter und ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, getroffen haben, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben. Ich versichere an Eides Statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Mir ist bekannt, dass eine eidesstattliche Versicherung nach den §§ 156 und 163 StGB strafbewehrte Bestätigung der Richtigkeit meiner Erklärung ist. Mir sind die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen, d. h. nicht den Tatsachen entsprechenden oder unvollständigen Erklärung bzw. das Verschweigen der wesentlichen Tatsachen bekannt.

Nach § 156 StGB wird mit Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wer vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides Statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung vorsätzlich falsch abgibt.

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Antragsteller*

## Erklärung

gem. § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen zum Antrag  
auf Erteilung einer Betriebserlaubnis

Für die

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

als Hauptapotheke sowie, wenn Filialapotheken vorhanden sind, für die

Name der 1. Filialapotheke

Anschrift der 1. Filialapotheke

Name der 2. Filialapotheke

Anschrift der 2. Filialapotheke

Name der 3. Filialapotheke

Anschrift der 3. Filialapotheke

gebe ich folgende Erklärung ab\*:

(...)	Ich bin voll geschäftsfähig.
(...)	Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) gegen mich anhängig.
(...)	Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der BRD. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der BRD.
(...)	Ich habe mich auch nicht anderweitig um eine Betriebserlaubnis beworben.
(...)	Ich verpflichte mich der Behörde mitzuteilen, ob und ggf. an welchem Ort ich in einem Mitgliedsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen Rechtsanspruch eingeräumt haben, eine oder mehrere Apotheken betreibe.
(...)	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 verzichte auf die Betriebserlaubnis vom _____ zu dem Zeitpunkt, zu dem mir die jetzt beantragte Betriebserlaubnis für die _____ - Apotheke als Hauptapotheke und die _____ Apotheke(n) als Filialapotheken(n) erteilt wird.

\* = zutreffendes bitte ankreuzen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Absender:

Empfänger:

Landesamt für Gesundheit und Soziales  
Mecklenburg - Vorpommern  
Arzneimittelüberwachungs- und -prüfstelle  
Friedrich-Engels-Straße 47

19061 Schwerin

**Verzichtserklärung des Verkäufers/  
Übertragenden/Schenkenden usw.**

Ich gebe meine Apotheke ab. Auf die mir mit Urkunde vom  
.....erteilte Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke(n):

---

(Name und Adresse der Apotheke(n))

---

---

---

verzichte ich mit Wirkung der Erteilung der neuen Erlaubnis zum Betrieb dieser Apo-  
theke für den neuen Betreiber.

---

(Name des Käufers/Mieters/Beschenkten usw.)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Verkäufer

**Zum Antrag „Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb“ der**

---

(Name und Adresse der Apotheke)

**Angaben zum Ort und zur Art der Lagerung der Betäubungsmittel:**

---

---

---

---

Ich bestätige, dass die Vorgaben der Richtlinien über die Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten bei Erlaubnisinhabern nach § 3 Betäubungsmittelgesetz der Bundesopiumstelle eingehalten werden.

---

Ist beabsichtigt, Parenteralia/ Zytostatika herzustellen?                    ( ) Ja / ( ) Nein

Ist die Apotheke barrierefrei zu erreichen?                                    ( ) Ja / ( ) Nein

Werden Arzneimittel patientenindividuell  
gestellt oder verblistert?    ( ) Ja / ( ) Nein

Gibt es externe Apothekenbetriebsräume?                                    ( ) Ja / ( ) Nein

Wenn ja, welche und wo (Anschrift bzw. Lagebeschreibung)?  
*(Bitte alle Räume als Grundrisskizze einreichen!)*


---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Antragsteller*

## Zum Antrag „Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb“ der

---

(Name und Adresse der Apotheke)

### 1) Erklärung zur Belüftungsanlage in der Rezeptur bzw. in der Labor-Rezeptur-Kombination der Apotheke

Hiermit erkläre ich, dass die Rezeptur bzw. die Labor-Rezeptur-Kombination belüftet / nicht belüftet\* wird.

Soweit eine Anlage zur Be- und / oder Entlüftung bzw. Klimatisierung der Rezeptur vorgesehen ist, muss diese nachfolgend detailliert beschrieben werden (u. a. Anlagenschema, Angaben zu den Filterklassen). Ggf. ist ein gesondertes Blatt zu nutzen.


### 2.) Erklärung zu Einrichtungen in der Apotheke

Folgende Arbeitsplätze sind in der o. a. Apotheke vorhanden\*:

- Rezeptur ist im Labor integriert
- eine eigenständige Rezeptur als geschlossener Raum mit Tür
- separater Drogenarbeitsplatz
- Rezeptur in folgender Ausführung: \_\_\_\_\_

\*) Zutreffendes bitte ankreuzen

Hinweis:

*Die gemeinsame Nutzung eines Raumes als Rezeptur und Labor ist grundsätzlich zulässig. Die Lagerung von Arzneimitteln und sonstigen apothekenüblichen Waren im Laboratorium einer Apotheke ist unzulässig. Rezepturarzneimittel, Ausgangsstoffe etc. müssen entweder in einem geschlossenen Schrank so gelagert werden, dass eine Beeinflussung ihrer Qualität ausgeschlossen wird, oder alternativ außerhalb des Labors in unmittelbarer Nähe der Rezeptur. Zur Gewährleistung einer GMP-gerechten Herstellung von Arzneimitteln sind ferner getrennte Arbeitsflächen für Rezeptur- und Laborarbeiten vorzusehen.*

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

**Zum Antrag „Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb“ der**

---

(Name und Adresse der Apotheke)

**Erklärung zur Lagerung der in der Apotheke vorrätig gehaltenen oder vertriebenen Produkte gem. § 4 Abs. 2d ApBetrO:**

**Hiermit erkläre ich:**

- \*Die Lagerhaltung der in der Apotheke vorrätig gehaltenen oder vertriebenen Produkte unterhalb einer Temperatur von 25 Grad Celsius wird gewährleistet.
  - \*Die Lagerhaltung der in der Apotheke vorrätig gehaltenen oder vertriebenen Produkte unterhalb einer Temperatur von 25 Grad Celsius kann nicht gewährleistet werden.
- 
- \*Außerhalb der Öffnungszeiten der Apotheke werden Arzneimittel angeliefert. Die Einhaltung der erforderlichen Lagertemperaturen für die betreffenden Arzneimittel wird ständig gewährleistet. Ein Zugriff Unbefugter ist ausgeschlossen.
  - \*Außerhalb der Öffnungszeiten der Apotheke werden keine Arzneimittel angeliefert.
  - \*Erklärung, wenn Einhaltung der Lagertemperatur nicht gewährleistet oder ein Zugriff Unbefugter nicht ausgeschlossen werden kann.


*Hinweis:  
Für Arzneimittel oder Ausgangsstoffe, die nach § 21 Nummer 7 ApBetrO abzusondern sind, und für gefälschte Arzneimittel, die nach § 21 Nummer 8 ApBetrO gesichert aufzubewahren sind, ist ein separater und entsprechend gekennzeichnete Lagerbereich vorzusehen.*

*(\* – Zutreffendes bitte ankreuzen*

---

*Ort, Datum*

---

*Unterschrift Antragsteller*

### Einverständniserklärung gemäß Datenschutz

Vorname Nachname (Antragsteller)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Betrifft Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis für die Apotheke ( <i>Name Apotheke + Ort der Apotheke</i> )	

Hiermit erkläre ich mich (  ) **einverstanden** / (  ) **nicht einverstanden**, dass mein Name sowie der Name und die Anschrift der Apotheke in der pharmazeutischen Fachpresse veröffentlicht werden.

Zuletzt bei dieser Apothekerkammer gemeldet	
Mitgliedsnummer (Apothekerkammer)	
Anmerkung	

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*

### Antrag auf Revision

*(nur bei Neugründung oder bei gravierende Veränderung der Betriebsräume notwendig!)*

Hiermit stelle ich den Antrag auf Eröffnungsrevision für die \_\_\_\_\_ - Apotheke (voraussichtlich) zum \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*

### Zustelladresse für die Betriebserlaubnis

Als Zustelladresse für die Betriebserlaubnis gebe ich folgende Anschrift bekannt:

Ggf. Name Firma o.ä.	
Vorname Nachname (Antragsteller)	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*

**Zum Antrag „Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb“ der**


---

 (Name und Adresse der Apotheke)

Es bestehen Heimversorgungsverträge nach § 12a ApoG      ( ) Ja / ( ) Nein

Es bestehen Krankenhausversorgungsverträge nach § 14 ApoG      ( ) Ja / ( ) Nein

Wenn ja:

 Erklärung zur Übernahme bestehender Heimversorgungsverträge (§ 12a ApoG) bzw.  
 Krankenhausversorgungsverträge (§ 14 ApoG)

Name und Anschrift des Trägers der zu versorgenden Einrichtung	Name und Anschrift der zu versorgenden Einrichtung	Datum Genehmigung der zuständigen Behörde	Bemerkungen

Wird in der Apotheke verblister?      ( ) ja / ( ) nein

Wenn ja genauere Angaben (Ort, Art (manuell, maschinell), Kundenkreis):


---

 Ort, Datum

---

 Unterschrift Antragsteller

## Zum Antrag „Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb“ der

\_\_\_\_\_  
(Name und Adresse der Apotheke)

### Anzeige Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem \_\_\_\_\_ wird Herr/Frau Apotheker/in \_\_\_\_\_  
(Datum) (Name, Vorname)

die Leitung der \_\_\_\_\_ übernehmen.  
(Name und Anschrift der Filialapotheke)

Die wöchentliche Arbeitszeit der/des Verantwortlichen beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
Eine Kopie des Arbeitsvertrages habe ich beigefügt.

Die Öffnungszeiten der Filialapotheke lauten wie folgt:

	von	bis
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Wochenstunden (gesamt)		

Die Verpflichtungen, wie sie im Gesetz über das Apothekenwesen und in der Apothekenbetriebsordnung für ApothekenleiterInnen festgelegt sind, werden auch durch die/den Verantwortliche/n erfüllt.

Für die o.g. Person wurde am \_\_\_\_\_ ( ) ein / ( ) noch kein amtliches **Führungszeugnis** (Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde nach § 30 Abs. 5 BZRG; Verwendungszweck „Leitung der Filiale „\_\_\_\_\_ -Apotheke“) beantragt.

Folgende Unterlagen der geplanten Filialleiterin/des geplanten Filialleiters habe ich dieser Anzeige beigefügt:

- ( ) **amtlich beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde**
- ( ) **Nachweis Staatsangehörigkeit**
- ( ) **ärztliches Gesundheitszeugnis (Anlage 1)**
- ( ) **beruflicher Werdegang**
- ( ) **Kopie des Arbeitsvertrages**

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Antragsteller*