

Erteilung einer Apothekenbetriebslaubnis nach § 2 ApoG

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Welche Unterlagen müssen für die Erteilung der Erlaubnis beim Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege eingereicht werden?

1. Ein formloser Antrag (Muster s. Anlage 1)
 2. Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde.
 3. Ein tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige berufliche Tätigkeit inkl. Arbeitszeugnisse etc.
 4. Eine ärztliche Bescheinigung (Muster s. Anlage 2) Diese Bescheinigung darf nicht älter als 3 Monate sein.
 5. Ein amtliches Führungszeugnis (Belegart 0, Verwendungszweck: „Erteilung der Apothekenbetriebslaubnis“), das nicht älter als 3 Monate ist
 6. Eine Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 Heilberufsgesetz.
 7. Staatsangehörigkeitsausweis oder eine beglaubigte Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses
 8. Ein bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. eine Nutzungsänderungs-genehmigung (für den Fall, dass eine bestehende Apotheke ohne Umbau oder Veränderung übernommen wird, können die Pläne entfallen. Dies muss schriftlich bestätigt werden).
 9. Ein Einrichtungsplan der Apothekenbetriebsräume im pdf. Format aus dem die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnung der einzelnen Räume ersichtlich ist. (Für den Fall, dass eine bestehende Apotheke ohne Umbau oder Veränderung übernommen wird, kann ein solcher Plan entfallen. Dies muss schriftlich bestätigt werden.)
 10. Ein Nachweis der Verfügungsgewalt der Antragstellerin/des Antragstellers über die Apothekenbetriebsräume
 - Sofern er/sie nicht Eigentümer/in der Apothekenbetriebsräume ist, dient als Nachweis die Vorlage des Mietvertrages.
 - Falls die Apothekenbetriebsräume in Form einer Untervermietung angemietet werden, sind neben dem Untermietvertrag auch die Hauptmietverträge vorzulegen.
 - Sofern er/sie selbst Eigentümer/in der Apothekenbetriebsräume ist, dient als Nachweis die Vorlage des Grundbuchsatzes mit der Bezeichnung des Grundstückes nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.
 11. Eine Ausfertigung des Apothekenpachtvertrages und ggf. des Schiedsvertrages, falls die Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke als Pächter/in beantragt wird.
 12. Eine Ausfertigung des Kaufvertrages, Schenkungsvertrages oder des Erbscheines, wenn die Erteilung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke nach Kauf, Schenkung oder Erbschaft beantragt wird.
 13. Eine Ausfertigung des OHG- oder GbR-Vertrages, falls die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben werden soll.
 14. Eine Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers mit Angaben über:
 - die Geschäftsfähigkeit
 - evtl. Strafverfahren, berufsgerichtliche Verfahren und Ermittlungsverfahren sowie zur Berechtigung der Berufsausübung im Hinblick auf die Prüfung der Zuverlässigkeit,
 - den Betrieb weiterer Apotheken,
 - die vollständige Vorlage aller Verträge und Vereinbarungen, die mit der Errichtung und dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen,
 - die Vollständigkeit und Richtigkeit der AngabenDiese Erklärung ist mit dem beigefügten Vordruck „Erklärung zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebslaubnis“ (Muster s. Anlage 3) abzugeben.
 15. Eine notariell beglaubigte eidesstattliche Versicherung, dass keine Vereinbarungen getroffen wurden, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz verstoßen (Muster s. Anlage 4).
 16. Belege über die Finanzierung der Apothekenverträge (Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.).
 17. Ggf. Anzeige Filialleiter (s. Anlage 5)
- Die Verträge und Urkunden sind im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.

Was kostet eine solche Erlaubnis?

Die Kosten betragen je nach Prüfaufwand und Anzahl der Filialen nach der Allgemeinen Verwaltungsgebührenordnung NRW zwischen 250 € - 2500 €.

Wie schnell bekomme ich die Erlaubnis?

Wenn die Unterlagen vollständig beim Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege eingereicht werden im Regelfall innerhalb von 6 Wochen.

Anlage 1

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der Apotheken

Das ausgefüllte Formular senden an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Angaben zur Hauptapotheke

Bezeichnung der Apotheke	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Angaben zur 1. Filialapotheke

Bezeichnung der Apotheke	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Angaben zur 2. Filialapotheke

Bezeichnung der Apotheke	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Angaben zur 3. Filialapotheke

Bezeichnung der Apotheke	
Straße	
Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Hiermit beantrage(n) ich/wir die Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der o.a. Apotheke(n).

- Ich werde die Apotheke(n) allein und eigenverantwortlich betreiben.
- Wir werden die Apotheke(n) als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) Offenen Handelsgesellschaft (OHG) betreiben.
- Ich/Wir beabsichtige(n), die Apotheke zum zu eröffnen/zu übernehmen.

Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde

Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
Postleitzahl	Ort		

Die dem Antrag beigefügten Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 2

Ärztliche Bescheinigung

gem. § 2 Abs. 1 Nr. 7 Apothekengesetz
zur Vorlage beim Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege

Das ausgefüllte Formular senden an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Diese Bescheinigung dient dem Nachweis der gesundheitlichen Eignung als Inhaber/in oder als Filialleiter/in (Verantwortlicher gem. § 2 Abs. 5 Apothekengesetz) einer Apotheke.

Angaben Antragsteller/in

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
Postleitzahl	Ort		
Geburtsdatum		Geburtsort	

Der Antragsteller/die Antragstellerin wurde von mir untersucht und ist in gesundheitlicher Hinsicht nicht ungeeignet eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 3

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebslaubnis

Das ausgefüllte Formular senden an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebslaubnis gebe ich folgende Versicherungen gemäß § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) ab: Alle Apotheken die in der Anlage 1 (Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der Apotheken) aufgeführt sind, sind eingeschlossen.

- Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
- Ich bin derzeit nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Außer dem vorliegenden Antrag habe ich bei keiner anderen Behörde in der Bundesrepublik Deutschland einen Antrag auf Erteilung einer Betriebslaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden ist.
- Ich bin derzeit im Besitz der Erlaubnis für folgende Apotheke:

Angaben zur Hauptapotheke

Bezeichnung der Apotheke

- Ich werde die Erlaubnis für die vorgenannte Apotheke zum zurückgeben

Datum eintragen

- Die Rückgabe der Erlaubnis zum v.g. Datum wurde folgender Behörde angezeigt

zuständige Behörde für die Apothekenaufsicht

- Ich betreibe in keinem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft oder in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum eine Apotheke.
- Ich betreibe in folgendem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaft oder Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder in folgendem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt haben, folgende/n Apotheke/n:

- Angaben zur Hauptapotheke im Europäischen Ausland

Bezeichnung der Apotheke

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

- Ich beabsichtige, die Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung zu leiten.
- Ich beabsichtige, die Apotheke alleine zu betreiben.
- Ich beabsichtige, die Apotheke in Form einer Gesellschaft des bürgerlichen Rechts/Offenen Handelsgesellschaft zusammen mit folgenden Gesellschaftern zu betreiben
- Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.
- Ich bin nicht vorbestraft.

Ich bin nicht berufsgerichtlich bestraft worden.

Gegen meine Person ist kein Strafverfahren, kein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren und kein Berufungsgerichtsverfahren anhängig.

Gegen meine Person ist ein Verfahren anhängig

Strafverfahren

Staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren

Berufungsgerichtsverfahren

Zuständiges Gericht

Aktenzeichen

Eine frühere Betriebslaubnis habe ich nicht besessen.

Eine frühere Betriebslaubnis habe ich besessen,

Berufungsgerichtsverfahren

erteilt durch

entzogen durch

Alle im Rahmen der Neugründung/Anpachtung oder des Kaufes der o.g. Apotheke/n abgeschlossenen Verträge, die mit der Einrichtung und dem Betrieb im Zusammenhang stehen, habe ich dem Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege des Kreises Steinfurt vorgelegt. Ich werde es unverzüglich über alle nachträglichen Änderungen der eingereichten Verträge und /oder Vereinbarungen, die mit der Apotheke im Zusammenhang stehen, informieren. Auf Verlangen werde ich diese dort vorlegen.

Meine Angaben sind vollständig und richtig. Ich bin mir bewusst, dass bereits die Unrichtigkeit einzelner Angaben zur Zurücknahme der Betriebslaubnis führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 4

Eidesstattliche Versicherung

nach § 2 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)

Das ausgefüllte Formular senden an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen.

Angaben zur Person

Name		Vorname	
Straße			Hausnummer
Postleitzahl	Ort		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Personalausweisnummer		oder Reisepassnummer	

In Kenntnis der Bedeutung einer Versicherung an Eides Statt und der Strafbarkeit einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung versichere ich an Eides Statt, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Ort, Datum

Unterschrift Eidesleistende/r

Unterschrift Entgegennehmende/r

Siegel

Hinweis:

Dieser Vordruck dient als Textvorlage zur Abnahme der EV bei einem Notar oder vor Gericht. Die abzuleistende EV kann auch nach Terminabsprache hier im Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt, abgelegt werden (Tel.: 02551/69-2852 oder 2853).

Anlage 5

Benennung der Filialleiter

gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 Apothekengesetz (ApoG)

Das ausgefüllte Formular senden an
Amt für Soziales, Gesundheit und Pflege
Apotheken- und Arzneimittelaufsicht
Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt
Frau Ingrid Wilde
Tel. 02551 69-2852, Fax 02551 69-92852
ingrid.wilde@kreis-steinfurt.de

Angaben zur Hauptapotheke

Name der Apotheke

Angaben zur 1. Filialapotheke

Name der Filialapotheke

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Name des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Angaben zur 2. Filialapotheke

Name der Filialapotheke

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Name des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Angaben zur 3. Filialapotheke

Name der Filialapotheke

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Name des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der bisher verantwortlichen Apothekers/in

Name des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Vorname des/der zukünftigen verantwortlichen Apothekers/in

Ort, Datum

Unterschrift Erlaubnisinhaber/in

Hinweise zum Datenschutz

gemäß Artikel 13 Absatz 1 und Absatz 2 der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

1. Verantwortlicher

Kreis Steinfurt | Der Landrat
Tecklenburger Str. 10 | 48565 Steinfurt
Telefon 02551 69-0
post@kreis-steinfurt.de
www.kreis-steinfurt.de

2. Datenschutzbeauftragte/r

Kreis Steinfurt
Datenschutzbeauftragte/r
Tecklenburger Str. 10 | 48565 Steinfurt
Telefon 02551 69-1285
datenschutz@kreis-steinfurt.de

3. Aufsichtsbehörde

Landesbeauftragte für Datenschutz und
Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Kavalleriestr. 2 – 4 | 40213 Düsseldorf
Telefon 0211 38424-0 | Fax 0211 38424-10
poststelle@ldi.nrw.de
www.ldi.nrw.de

4. Zweck/e und Rechtsgrundlage/n der Verarbeitung

Ihre personenbezogenen Daten werden erhoben, um eine Prüfung und Bearbeitung einer Anzeige nach § 67 Abs. 1 Arzneimittelgesetz zu bearbeiten. Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist § 67 Abs. 1 Arzneimittelgesetz.

Alternativ, wenn keine Rechtsgrundlage vorhanden ist:
Sie haben in die Verarbeitung Ihrer Daten eingewilligt.

5. Datenerhebung bei anderen Stellen

Sofern weitere Daten erhoben werden müssen, werden diese ausschließlich zu gesetzlichen Zwecken bei Dritten erhoben.

6. Datenweitergabe an Dritte

Zur Erfüllung der Aufgaben kann es erforderlich sein, dass die Daten im Einzelfall an Dritte weitergegeben werden (z.B. andere Aufsichtsbehörden, externen Datenbanken). Die Datenweitergabe erfolgt ausschließlich zu gesetzlichen Zwecken.

7. Dauer der Speicherung

Ihre Daten werden nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht oder vernichtet.

8. Rechte der Betroffenen

Sie haben das Recht, Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu erhalten (Art. 15 DS-GVO). Sollten unrichtige personenbezogene Daten verarbeitet werden, steht Ihnen ein Recht auf Berichtigung zu (Art. 16 DS-GVO). Liegen die gesetzlichen Voraussetzungen vor, so können Sie die Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung verlangen sowie Widerspruch gegen die Verarbeitung einlegen (Art. 17, 18 und 21 DS-GVO). Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht bei der oben genannten Aufsichtsbehörde.

9. Widerrufsrecht bei Einwilligung (optional)

Sie haben in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch eine entsprechende Erklärung eingewilligt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird dadurch nicht berührt.