

Merkblatt zur Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis nach § 2 ApoG

Welche Unterlagen müssen für die Erteilung der Erlaubnis beim Gesundheitsamt eingereicht werden?

- Ein formloser Antrag (Muster s. Anlage 1)
- Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde.
- Ein tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über die Ausbildung und die bisherige berufliche Tätigkeit inkl. Arbeitszeugnisse etc.
- Eine ärztliche Bescheinigung (Muster s. Anlage 2)
Diese Bescheinigung darf nicht älter als 3 Monate sein.
- Ein amtliches Führungszeugnis (Belegart 0, Verwendungszweck: „Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis“), das nicht älter als 3 Monate ist
- Eine Bescheinigung der Apothekerkammer nach § 6 Abs. 1 Nr. 11 Heilberufsgesetz.
- Ein Nachweis, dass die Antragstellerin/der Antragsteller Deutsche/Deutscher oder Angehörige/Angehöriger eines der übrigen Mitgliedstaaten der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum oder heimatlose Ausländerin/heimatloser Ausländer ist.
 - Dies kann durch einen Staatsangehörigkeitsausweis oder eine beglaubigte Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses nachgewiesen werden.
- Ein bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. eine Nutzungsänderungsgenehmigung (für den Fall, dass eine bestehende Apotheke ohne Umbau oder Veränderung übernommen wird, können die Pläne entfallen. Dies muss schriftlich bestätigt werden).
- Ein Einrichtungsplan der Apothekenbetriebsräume (Maßstab 1:100 oder 1:50) in 2-facher Ausfertigung, aus dem die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnungen 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.) – siehe Merkblatt „Apothekenbetriebsräume“
- 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 Grundbuchauszuges mit der Bezeichnung des Grundstückes nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.

- Eine Ausfertigung des Apothekenpachtvertrages und ggf. des Schiedsvertrages, falls die Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke als Pächter/in beantragt wird.
- Eine Ausfertigung des Kaufvertrages, Schenkungsvertrages oder des Erbscheines, wenn die Erteilung zum Betrieb einer bestehenden Apotheke nach Kauf, Schenkung oder Erbschaft beantragt wird.
- Eine Ausfertigung des OHG- oder GbR-Vertrages, falls die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts betrieben werden soll.
- 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 Angaben

Diese Erklärung ist mit dem beigefügten Vordruck „Erklärung zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis“ (Muster s. Anlage 3) abzugeben.

- 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).
- Belege über die Finanzierung der Apothekenverträge (Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.).
- 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 Gesundheitsamt eingereicht werden im Regelfall innerhalb von 2-3 Wochen.

Kreis Steinfurt
Gesundheitsamt
Frau Wilde
Tecklenburger Str. 10
48565 Steinfurt

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

Name der 1. Filialapotheke

Anschrift der 1. Filialapotheke

Name der 2. Filialapotheke

Anschrift der 2. Filialapotheke

Name der 3. Filialapotheke

Anschrift der 3. Filialapotheke

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.

Die Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde lautet: _____

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Anlagen
Antragsunterlagen

Ärztliche Bescheinigung
gem. § 2 Abs. 1 Nr. 7 Apothekengesetz
zur Vorlage beim Gesundheitsamt

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

Der Antragsteller / die Antragstellerin wurde von mir untersucht.

Herr/Frau
geboren
wohnhaft

ist in gesundheitlicher Hinsicht nicht ungeeignet eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift, Stempel

Anlage zum Antrag auf Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis

Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis

für die Hauptapotheke:.....

in.....

Filialapotheke:.....in.....

Filialapotheke:.....in.....

Filialapotheke:.....in.....

gebe ich folgende Versicherungen gemäß § 2 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) ab:

- 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 Betriebserlaubnis gestellt, über den noch nicht entschieden ist.
- Ich bin derzeit im Besitz der Erlaubnis für folgende Apotheke:

- Ich werde die Erlaubnis für die vorgenannte Apotheke zum _____ zurückgeben.
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:

- 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 Berufsgerichtsverfahren anhängig.

Gegen meine Person ist ein

- Strafverfahren
- Staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren
- Berufsgerichtsverfahren

anhängig, und zwar bei _____
 unter dem Aktenzeichen: _____

- Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich nicht besessen.
- Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich besessen,
 - 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 Gesundheitsamt 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 Betriebserlaubnis führen kann.

(Ort und Datum)

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Eidesstattliche Versicherung

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

Name, Vorname, ggf. Geburtsname

Geburtsdatum/Geburtsort

Wohnhaft in

Ausgewiesen durch Personalausweis / Reisepass Nr.

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.

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)

Siegel

(Unterschrift Eidesleistende(r))

(Entgegennehmende(r))

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 Gesundheitsamt, Tecklenburger Str. 10, 48565 Steinfurt, abgelegt werden (Tel.: 02551/69-2852 oder 2853).

Benennung der Verantwortlichen gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 Apothekengesetz (ApoG)

Name (auch Geburtsname, falls abweichend)		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnummer		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:		Telefax:

Hauptapotheke (Name und Anschrift)
1. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des /der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des/der künftig verantwortlichen Apothekers/in
2. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des /der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des/der künftig verantwortlichen Apothekers/in
3. Filialapotheke (Name und Anschrift)
Name des /der bisher verantwortlichen Apothekers/in
Name des/der künftig verantwortlichen Apothekers/in

(Ort, Datum)

(Unterschrift Erlaubnisinhaber)