

Merkblatt: Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis nach § 2 ApoG



Gesundheitsamt
Pharmazeutischer Dienst, Gefahrstoffe
Heinrich-Reinköster-Str. 8
59065 Hamm
Tel.: 02381 / 17 - 64 50
Fax: 02381 / 17 - 29 83

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

Bei erneutem Antrag einer bestehenden Betriebserlaubnis wegen Wechsel der Hauptapotheke im Filialverbund oder Schließung einer Filiale:

- Der Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (s. Anlage 1)
- Versicherungen gemäß § 2 ApoG (s. Anlage 2)
- Die Benennung aller Filialleiter (s. Anlage 6)
- Eine Verzichtserklärung für die bestehende Betriebserlaubnis

Bei Neugründung oder Übernahme einer bestehenden Apotheke:

- Der Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (s. Anlage 1)
- Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde
- Ein tabellarischer, handschriftlich unterzeichneter 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 Stellungnahme der Apothekerkammer nach § 6 Heilberufsgesetz NRW für den Betrieb einer Apotheke
- Staatsangehörigkeitsausweis oder eine beglaubigte Kopie des Personalausweises bzw. des Reisepasses
- Ein Nachweis der Verfügungsgewalt des Antragstellers / der Antragstellerin 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.
 - Für Pachtapotheken muss zu den Räumlichkeiten ein Grundbuchauszug oder der Mietvertrag im Gesundheitsamt vorliegen.
 - Sofern der Antragsteller / die Antragstellerin selbst Eigentümer/in der Apothekenbetriebsräume ist, dient als Nachweis die Vorlage des Grundbuchauszuges

Merkblatt: Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis nach § 2 ApoG



Gesundheitsamt
Pharmazeutischer Dienst, Gefahrstoffe
Heinrich-Reinköster-Str. 8
59065 Hamm
Tel.: 02381 / 17 - 64 50
Fax: 02381 / 17 - 29 83

mit der Bezeichnung des Grundstückes nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.

- die „Erklärung über Apothekenbetriebsräume“ (s. Anlage 4).
- 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.
- 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 (vgl. Anlage 4 „Erklärung über Apothekenbetriebsräume“)
- 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 (vgl. Anlage 4 „Erklärung über Apothekenbetriebsräume“)
- Eine Erklärung der Antragstellerin / des Antragstellers mit Angaben über:
 - die Geschäftsfähigkeit,
 - evtl. Strafverfahren, berufsgerichtliche Verfahren und Ermittlungsverfahren,
 - die Berechtigung zur Berufsausübung im Hinblick auf die Prüfung der Zuverlässigkeit,
 - den Betrieb weiterer Apotheken,
 - sonstige berufliche oder gewerbsmäßige Tätigkeiten,
 - 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 5).
- Belege über die Finanzierung der Apothekenverträge (Kreditverträge, Zahlungsbelege, Buchungsbelege etc.).

Merkblatt: Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis nach § 2 ApoG



Gesundheitsamt
Pharmazeutischer Dienst, Gefahrstoffe
Heinrich-Reinköster-Str. 8
59065 Hamm
Tel.: 02381 / 17 - 64 50
Fax: 02381 / 17 - 29 83

- Ggf. Anzeige Filialleiter (s. Anlage 6)
- Ggf. Verzichtserklärung des vorherigen Erlaubnisinhabers. Diese sollte sich auf den Zeitpunkt der Betriebserlaubniserteilung beziehen, um einen nahtlosen Übergang zu gewährleisten.

Die Verträge und Urkunden sind in zweifacher Ausführung 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 AVwGebO NRW zwischen 250 € - 3500 €.

Wie schnell bekomme ich die Erlaubnis?

Wenn die Unterlagen vollständig beim Gesundheitsamt eingereicht werden, im Regelfall innerhalb von 6 Wochen.

Stadt Hamm
 Gesundheitsamt
 Frau Hiltawsky
 Heinrich-Reinköster-Str. 8
 59065 Hamm

Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betreiben der

<u>Name der Hauptapotheke</u>	<u>Anschrift der Hauptapotheke</u>
<u>Name der 1. Filialapotheke</u>	<u>Anschrift der 1. Filialapotheke</u>
<u>Name der 2. Filialapotheke</u>	<u>Anschrift der 2. Filialapotheke</u>
<u>Name der 3. Filialapotheke</u>	<u>Anschrift der 3. Filialapotheke</u>

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)
 - Offene Handelsgesellschaft (OHG)

betreiben.

Ich / Wir beabsichtige(n), die Apotheke zum _____ zu eröffnen / zu übernehmen.

Die Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde lautet: _____

 (Ort, Datum)

 (Unterschrift)

**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 am

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: (bitte ankreuzen bzw. nicht zutreffende Passagen streichen)

- 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(n):

- Ich werde die Erlaubnis für die vorgenannte(n) Apotheke(n) 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: _____

zurückgegeben an / entzogen durch: _____

Ich übe

- keine weitere berufliche oder gewerbsmäßige Tätigkeit aus.
- folgende berufliche bzw. gewerbsmäßige Tätigkeit aus:
_____, wöchentlicher Aufwand ca. _____ Stunden.

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 der Stadt Hamm 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

Erklärung über Apothekenbetriebsräume zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (RX0)

für die _____

in _____

Hiermit gebe ich folgende Erklärung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) in der derzeit geltenden Fassung ab:

1. Es handelt sich bei dem vorgelegten **Mietvertrag**, der mit Datum vom mit geschlossen wurde, um einen **Hauptmietvertrag** und nicht um ein Untermietverhältnis.

Es handelt sich bei dem vorgelegten **Mietvertrag**, der mit Datum vom mit geschlossen wurde, um einen **Untermietvertrag**. Der Hauptmietvertrag wurde ebenfalls vorgelegt.

Ich werde die Apotheke als **Pachtapotheke** betreiben. Der Pachtvertrag wurde mit Datum vom mit geschlossen.

Dem Gesundheitsamt liegt zu den Räumlichkeiten

- ein Grundbuchauszug
- der Mietvertrag vor.

Ich werde die Apotheke **in eigenen Räumen** betreiben. Der Eigentumsnachweis erfolgt durch:

- Grundbuchauszug
- Erbschein
- Kaufvertrag

2. Die Apothekenbetriebsräume haben **keine wesentlichen Veränderungen** der Größe und Lage erfahren (§ 4 Abs. 6 Apothekenbetriebsordnung) und entsprechen nachfolgendem, dem Gesundheitsamt bereits bei früherer Gelegenheit angezeigten Planungsstand:

Dokument	erstellt	geprüft
Bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung		
Grundrisszeichnung bzw. Einrichtungsplan mit Funktionsbezeichnungen		
Quadratmeteraufstellung		

- Ich werde dem Gesundheitsamt **aktualisierte Pläne** zur Prüfung vorlegen.
- Da es sich um eine **Neugründung** handelt, werde ich die Unterlagen zu den Räumen umfänglich vorlegen.
3. Die Räume entsprechen den Vorschriften von § 4 ApBetrO.
- Die Offizin ist barrierefrei erreichbar.

(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.

**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/in)