

**Merkblatt
für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke
mit oder ohne Filialapotheken im Land Brandenburg**



**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke mit oder ohne Filialapotheken sind folgende Unterlagen vollständig **12 Wochen vor der Neueröffnung / dem Kauf / der Verlegung** dem LAVG einzureichen:

A Antrag

Fomloser Antrag mit Namen und Anschriften der Haupt- und ggf. Filialapotheke(n) und deren Leitung(en), dem Datum, zu dem die Betriebserlaubnis erteilt werden soll sowie Name und Kontaktdaten des Antragstellers (geme mit Telefon oder Mailadresse für kurzfristige Rückfragen, Muster 1)

B Persönliche Unterlagen des Antragstellers:

1. Approbationsurkunde als Apotheker/in im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie
2. Führungszeugnis Belegart O – zur Vorlage bei der Behörde; als Verwendungszweck "Apothekenbetriebserlaubnis"; nicht älter als 6 Monate bei Antragstellung
3. tabellarischer Lebenslauf ggf. mit Angaben zu beruflichen oder gewerbsmäßigen Nebentätigkeiten
4. Tätigkeitsnachweis mit einer schriftlichen Bestätigung des letzten Arbeitgebenden
5. Erklärung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 2 und 8 Apothekengesetz (ApoG) (Muster 2)
6. Eidesstattliche Versicherung gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG (Muster 3)
7. ärztliches Gesundheitszeugnis; nicht älter als 6 Monate bei Antragstellung (Anlage 4)

C Unterlagen zu den Räumlichkeiten

1. Nachweis, dass die nach der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) vorgeschriebenen Räume für jede Apotheke, die von der Erlaubnis erfasst werden soll, zur Verfügung stehen:
 - a. bei Kauf: Apothekenkaufvertrag **mit allen Anlagen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie**
bei Pacht: Pachtvertrag **mit allen Anlagen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie**
bei Neueröffnung: Kopie der Baugenehmigung durch die Bauaufsichtsbehörde
 - b. bei Eigentum: Grundbuchauszug **im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie**
bei gemieteten Räumen: Mietvertrag **mit allen Anlagen im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie** (Cave: Zutrittsrechte des Vermieters: Beim Zutritt fremder Personen z.B. des Vermieters, muss die Arzneimittelsicherheit jederzeit sichergestellt sein.)
2. Grundrisspläne der Apothekenbetriebsräume
 - a. 2 Exemplare
 - b. Maßstab 1:100 oder 1:50
 - c. Einrichtung, insbesondere BtM-Tresor, Notdienstanlage, Teearbeitsplatz, Laborabzug und HV-Tische (Abstand zwischen den HV-Tischen angeben), ggf. Lieferschleuse, ggf. Räume gem. § 34 ApBetrO und § 35 ApBetrO
3. Auflistung der Größe in m² (mind. 110 m²) und Funktion der einzelnen Apothekenbetriebsräume (mind. Offizin, Laboratorium, Lagerraum und Nachtdienstzimmer)
4. Angaben zum barrierefreien Zugang zur Offizin
5. Angaben zu Maßnahmen, die getroffen wurden, um eine Lagertemperatur unter 25°C sicherzustellen

D Sonstiges

1. Finanzierungsbestätigung, z.B. Kreditzusage oder Bonitätsbescheinigung einer Bank
2. Angabe zur Apothekerkammermitgliedschaft (Anlage 5)
3. bei Neueröffnung oder wenn vom Antragstellers gewünscht: Antrag auf Abnahmeinspektion (Anlage 6)
4. Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde (Anlage 7)
5. bei Kauf: Erklärung des Verkaufenden über den Verzicht auf die Betriebserlaubnis (Muster 8), nach dem Übergabetermin muss die Betriebserlaubnis eingesandt werden und kann, wenn gewünscht, in ungültiger Form an den Verkäufer zurückgesendet werden (dafür bitte einen ausreichend frankierten Rückumschlag beifügen), bzw. Änderungsantrag, wenn eine Apotheke aus einem Filialverbund gelöst wird (gesonderter Antrag; bezüglich einzureichender Unterlagen bitte im LAVG rückfragen)

E Ggf. persönliche Unterlagen der Leitung der Filialapotheke(n) für jede Filialapotheke

1. Approbationsurkunde als Apotheker/in im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie
2. Führungszeugnis Belegart O – zur Vorlage bei der Behörde; als Verwendungszweck "Filialleitung"; nicht älter als 6 Monate bei Antragstellung
3. tabellarischer Lebenslauf ggf. mit Angaben zu beruflichen oder gewerbsmäßigen Nebentätigkeiten
4. Tätigkeitsnachweis mit einer schriftlichen Bestätigung des letzten Arbeitgebenden
5. ärztliches Gesundheitszeugnis; nicht älter als 6 Monate bei Antragsstellung (Muster 4)
6. Kopie des Arbeitsvertrages (Gehalt kann unkenntlich gemacht werden)

Wenn der Antragstellende bereits eine Apothekenbetriebslaubnis besitzt und eine/ mehrere Apotheke/n in die Erlaubnis aufgenommen werden soll/en oder verlegt werden soll/en, sind die unter C und E genannten Unterlagen nur für die hinzukommende/n oder verlegte/n Apotheke/n einzureichen.

Hinweise für die Eröffnung einer Apotheke (kein Anspruch auf Vollständigkeit):

1. Anzeigepflicht der Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr (§ 4 Abs. 3 Betäubungsmittelgesetz)
2. Namen des/der neuen Inhabers/in an der Apotheke anbringen und ggf. auf der Internetseite der Apotheke angeben
3. Anmeldung / Änderungsanzeige bei der Landesapothekerkammer Brandenburg (§ 3 Abs. 3 Heilberufsgesetz)
4. Abschließen einer gesetzlichen Arbeitsunfall- und Berufskrankheitsversicherung (§ 192 Abs. 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege))
5. Abschließen einer Berufshaftpflichtversicherung (§ 31 Abs. 1 Nr. 4 Heilberufsgesetz)
6. Eintragung der Apotheke in das Handelsregister beim zuständigen Amtsgericht (§ 29 Handelsgesetzbuch)
7. Anmeldung der Eröffnung / Übernahme der Apotheke bei der örtlich zuständigen Gewerbeaufsichtsbehörde (§ 14 Abs. 2 Gewerbeordnung)
8. Anzeige der selbständigen Berufsausübung beim für den Ort der Niederlassung zuständigen Gesundheitsamt (§ 12 Abs. 2 Brandenburgisches Gesundheitsdienstgesetz)
9. Anmelden bei der Bundesagentur für Arbeit (Betriebsnummer) (§ 18i i.V.m. § 28a Viertes Buch Sozialgesetzbuch)
10. Beantragen einer Erlaubnis zur steuerfreien Verwendung von Alkohol beim Hauptzollamt (§ 28 Abs. 1 Alkoholsteuergesetz)
11. Anmeldung bei der NGDA- Netzgesellschaft Deutscher Apotheker mbH zur Teilnahme an secur-Pharm (Fälschungsschutzrichtlinie 2011/62/EU und deutsche Umsetzung)
12. Beantragung einer IK-Nummer bei der ARGE·IK - Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (§ 293 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch)
13. Eintreten in Versorgungsverträge des Apothekerverbands
14. ggf. Genehmigung / Änderungsanzeige neuer Versorgungsverträge über die Heimversorgung (Genehmigung durch die Landesapothekerkammer Brandenburg) oder über die Krankenhausversorgung (Genehmigung durch des LAVG)
15. ggf. Beantragung / Änderungsanzeige der Erlaubnis zum Unterhalten einer Rezeptsammelstelle bei der Landesapothekerkammer Brandenburg (§24 Apothekenbetriebsordnung)
16. ggf. Beantragung auf Erlaubnis zum Versandhandel

Muster1

Absender:

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*

(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)



**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Antrag auf Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis gem. § 2 Apothekengesetz

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich, (Name des Antragstellenden) die Erlaubnis zum Betrieb der:

Hauptapotheke

Adresse der Hauptapotheke

ggf. sowie der Filialapotheke 1

Adresse der Filialapotheke 1

ggf. sowie der Filialapotheke 2

Adresse der Filialapotheke 2

ggf. sowie der Filialapotheke 3

Adresse der Filialapotheke 3

zum Eröffnungsdatum:

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Muster2

Absender:

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*

(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)



Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:
 Dezernat G3
 Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Erklärung zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

Hauptapotheke	<input type="text"/>
Adresse der Hauptapotheke	<input type="text"/>
ggf. sowie der Filialapotheke 1	<input type="text"/>
Adresse der Filialapotheke 1	<input type="text"/>
ggf. sowie der Filialapotheke 2	<input type="text"/>
Adresse der Filialapotheke 2	<input type="text"/>
ggf. sowie der Filialapotheke 3	<input type="text"/>
Adresse der Filialapotheke 3	<input type="text"/>

gebe ich gemäß dem Apothekengesetz mit Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) in der derzeit gültigen Fassung folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch apotheken- noch arzneimittel- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben bzw. ich verzichte auf die Betriebserlaubnis vom (Datum der bestehenden Erlaubnisurkunde) zu dem Zeitpunkt zu dem mir die Betriebserlaubnis für die - Apotheke als Hauptapotheke und die - Apotheke, die - Apotheke und die - Apotheke als Filialapotheke(n) erteilt wird. (Nicht Zutreffendes bitte streichen.)
4. Ich verpflichte mich, der Behörde mitzuteilen, ob und ggf. an welchem Ort ich in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat 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.
5. Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist, und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Muster3

Absender:

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*



**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Eidesstattliche Versicherung zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

Hauptapotheke

Adresse der Hauptapotheke

ggf. sowie der Filialapotheke 1

Adresse der Filialapotheke 1

ggf. sowie der Filialapotheke 2

Adresse der Filialapotheke 2

ggf. sowie der Filialapotheke 3

Adresse der Filialapotheke 3

gebe ich gemäß dem Apothekengesetz mit Bekanntmachung vom 15. Oktober 1980 (BGBl. I S. 1993) in der derzeit gültigen Fassung folgende Versicherung an Eides statt ab:

Ich habe keine Vereinbarungen getroffen, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Apothekengesetzes 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.

Mir ist bewusst, dass eine erteilte Betriebserlaubnis auch dann widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Apothekengesetzes verstoßen.

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 4

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon*

Email*

(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)



Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)

Postfach 90 02 36
14438 Potsdam

Kontakt:

Dezernat G3

Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam

Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Ärztliches Gesundheitszeugnis

Hiermit wird bestätigt, dass (Vor- und Zuname der Apothekenleitung)

in gesundheitlicher Hinsicht fähig oder geeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Anlage 5

Absender:

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*



*(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)*

**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Angaben zur Apothekerkammermitgliedschaft

Ich war zuletzt gemeldet bei der Apothekerkammer des Landes

Mitgliedsnummer:

Ort, Datum

Unterschrift

Anlage 6

Absender:

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Telefon*

Email*

*(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)*



**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:

Dezernat G3

Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam

Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Antrag auf Eröffnungsrevision

Ich stelle hiermit den Antrag auf Abnahmerevision der Neueröffnung der

-Apotheke am .

Unterschrift des Antragstellers

Anlage 7

Absender:

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*



**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Zustelladresse für die Betriebserlaubnis

Als Zustelladresse für die Betriebserlaubnis gebe ich folgende Anschrift bekannt:

<input type="text"/>	Name
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort

Muster8

Absender: Vorbesitzender

<input type="text"/>	Name, Vorname
<input type="text"/>	Straße, Hausnummer
<input type="text"/>	PLZ, Wohnort
<input type="text"/>	Telefon*
<input type="text"/>	Email*



*(Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen - * diese Angaben sind freiwillig)*

**Landesamt für Arbeitsschutz,
Verbraucherschutz und Gesundheit (LAVG)**

**Postfach 90 02 36
14438 Potsdam**

Kontakt:
Dezernat G3
Großbeerenstr. 181-183, 14482 Potsdam
Apotheken@lavg.brandenburg.de

Eingangsvermerk des LAVG

Verzicht auf meine Apothekenbetriebslaubnis gem. § 2 ApoG

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit verzichte ich auf meine Erlaubnis zum Betrieb der:

Hauptapotheke

Adresse als Hauptapotheke

ggf. sowie der Filialapotheke 1

Adresse als Filialapotheke 1

ggf. sowie der Filialapotheke 2

Adresse als Filialapotheke 2

ggf. sowie der Filialapotheke 3

Adresse als Filialapotheke 3

vom (Datum der Betriebslaubnis)

zu dem Zeitpunkt, zu dem (Name Antragstellenden)

die Betriebslaubnis erteilt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift