

**MERKBLATT**  
**für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke**  
**nach deren Verlegung**

Für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke nach deren Verlegung sind folgende Unterlagen mindestens 8 Wochen vor der Verlegung dem **Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit**  
**Abteilung Gesundheit**  
**Dezernat G3 Apotheken, Arzneimittel, Medizinprodukte**  
**Wünsdorfer Platz 3**  
**15806 Zossen**

einzureichen:

**A. Antrag**

Formloser *Antrag auf Betriebserlaubnis nach Verlegung* unter Angabe des Namen der zu verlegenden Apotheke und ggf. aller im Filialverbund befindlichen Apotheken

**B. Persönliche Unterlagen:**

1. Eidesstattliche Versicherung gemäß § 2 (1) Ziff. 5 ApoG (siehe Anlage 1)
2. Erklärung gemäß § 2 ApoG (siehe Anlage 2)
3. ärztliches Gesundheitszeugnis (siehe Anlage 3)
4. Führungszeugnis Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde; als Verwendungszweck "Apothekenbetriebserlaubnis"; nicht älter als 6 Monate

**C. Unterlagen zu den Räumlichkeiten**

1. Nachweis, dass für die zu verlegende Apotheke die nach der ApBetrO vorgeschriebenen Räume zur Verfügung stehen:
  - a) Mietvertrag  
Im Falle eines Untermietvertrages sind auch alle weiteren Mietverträge sowie der Hauptmietvertrag einschließlich des Grundbuchauszuges und der Vertrag über die Apothekeneinrichtung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen. Für den Fall, dass die Räumlichkeiten im Eigentum stehen, ist dies durch eine Kopie des Kaufvertrages und des Grundbuchauszuges nachzuweisen.
  - b) Vertrag über den Kauf einer neuen Apothekeneinrichtung oder Erklärung, dass bestehende Einrichtung übernommen wird
  - c) ggf. OHG-Vertrag
2. Grundrisse der Apothekenbetriebsräume
  - Maßstab 1:100 oder 1:50; Größe der Räume in m<sup>2</sup>

- Größe, Lage, Einrichtung sowie Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume müssen ersichtlich sein
- Pläne sind in dreifacher Ausführung einzureichen

3. Kopie der Baugenehmigung durch die Bauaufsichtsbehörde

#### **D. Unterlagen zur Finanzierung**

Finanzierungsplan/-bestätigung (entfällt, wenn bestehende Apothekeneinrichtung mitgenommen wird)

#### **E. Sonstiges**

1. Erklärung, dass der Antragsteller mit einer Mitteilung an die Redaktionen der Zeitschriften „Deutsche Apothekerzeitung“ und „Pharmazeutische Zeitung“ unter Angabe des Vor- und Zunamens des Erlaubnisinhabers, des Namens und der Anschrift der Apotheke sowie des Wirksamwerdens der Erlaubnis einverstanden ist (siehe Anlage 4)
2. Formloser Antrag auf Eröffnungsrevision (siehe Anlage 4)

### **Anmerkung für die Neueröffnung einer Apotheke**

Die Baupläne müssen von der zuständigen Bauaufsichtsbehörde geprüft sein. In den Grundrisszeichnungen sind unter Berücksichtigung der Apothekenbetriebsordnung Angaben über die Grundfläche (qm) der einzelnen Räume zu machen. Die wichtigsten Einrichtungsgegenstände für Offizin und Labor sind in die Grundrisszeichnungen einzutragen.

Für die Begutachtung des geplanten Baues/Umbaues durch die jeweils zuständigen Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik ist eine Beschreibung des Architekten vom bautechnischen Standpunkt erforderlich. Der Antragsteller hat ferner eine Beschreibung über die vorgesehene Art und Beschaffenheit der Apothekenräume aus pharmazeutischer Sicht einzureichen.

Außer der Apothekenbetriebsordnung sind geltende Vorschriften auf dem Gebiet des Bauwesens sowie feuerpolizeilicher Vorschriften zu beachten.

### **Hinweise für die Verlegung einer Apotheke**

Die Verlegung der Apotheke ist folgenden Behörden anzuzeigen:

1. Bundesopiumstelle  
Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3  
53175 Bonn  
Tel. 02 28 / 2 07-30
2. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege  
Pappelallee 35/37  
22089 Hamburg
3. örtlich zuständige Gewerbeaufsichtsbehörde
4. Amtsgericht (Eintragung ins Handelsregister)
5. zuständiges Gesundheitsamt (§ 30 Abs. 2 Heilberufsgesetz i.V.m. der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Landkreisen und kreisfreien Städten)
6. für den Fall der Herstellung von Stada Präparaten  
Stada AG  
Postfach 61118  
Bad Vilbel

### Eidesstattliche Versicherung

Gegenstand meiner Erklärung ist das Verfahren betreffend die Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb der

Name der Hauptapotheke  
|  
|  
|

Anschrift der Hauptapotheke  
|  
|  
|

sowie der

Name der 1. Filialapotheke  
|  
|  
|

Anschrift der 1. Filialapotheke  
|  
|  
|

Name der 2. Filialapotheke  
|  
|  
|

Anschrift der 2. Filialapotheke  
|  
|  
|

Name der 3. Filialapotheke  
|  
|  
|

Anschrift der 3. Filialapotheke  
|  
|  
|

auf der Grundlage des Gesetzes über das Apothekenwesen in der Fassung der Bekanntmachung vom 15.10.1980 (BGBl. I S. 1993), zuletzt geändert durch Artikel 2a des Gesetzes vom 29. 08. 2005 (BGBl. I S. 2570)

Hiermit erkläre ich an Eides Statt, dass ich keine Absprachen oder Rechtsgeschäfte vorgenommen habe, die gegen die Festlegung der §§ 8 Satz 2, 9 Abs. 1, 10 oder 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen (z.B. Umsatzbeteiligung durch stille Teilhaber, unzulässige Verpachtung, bevorzugte Anbietung oder Abgabe bestimmter Arzneimittel, Absprachen mit Ärzten und Heilpraktikern, usw.).

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 Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Erklärung**

zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

<u>Name der Hauptapotheke</u>	<u>Anschrift der Hauptapotheke</u>
-------------------------------	------------------------------------

als Hauptapotheke sowie der

<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>
-----------------------------------	--

als Filialapotheke(n) gebe ich gemäß dem Gesetz über das Apothekenwesen folgende Erklärung ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland gegen mich anhängig.
3. Ich bin über die oben angegebenen Apotheke(n) hinaus nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben. 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.
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.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Anlage 3

### **Ärztliches Gesundheitszeugnis**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau Apothekerin \_\_\_\_\_/

Herr Apotheker \_\_\_\_\_ nicht wegen eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche seiner geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen Sucht unfähig oder ungeeignet ist, eine Apotheke zu leiten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Arztes

**Einverständniserklärung gemäß Datenschutz**

Name:

Anschrift:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Antrag auf Eröffnungsrevision nach Verlegung**

Ich stelle hiermit den Antrag auf Eröffnungsrevision für die

\_\_\_\_\_ -Apotheke (voraussichtlich) zum

Datum:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift