

MERKBLATT

für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke nach Pacht

Für die Erteilung einer Erlaubnis zur Pacht einer Apotheke sind folgende Unterlagen mindestens 8 Wochen vor der Übernahme dem

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit

Abteilung Gesundheit

Dezernat G3 Apotheken, Arzneimittel, Medizinprodukte

Wünsdorfer Platz 3

15806 Zossen

einzureichen:

A. Antrag

Formloser Antrag mit Namen und Anschrift der Apotheke und dem Datum, zu dem die Pächterlaubnis erteilt werden soll

B. Persönliche Unterlagen:

1. Approbationsurkunde in notarieller oder amtlich beglaub. Kopie
2. tabellarischer, unterschriebener Lebenslauf
3. tabellarischer Tätigkeitsnachweis nach der Approbation mit einer schriftliche Bestätigung des letzten Arbeitgebers
4. Nachweis, dass der Verpächter aus einem in seiner Person liegenden wichtigen Grund die Apotheke nicht selbst betreiben kann (§ 9 Abs. 1 Nr. 1 ApoG)
5. Führungszeugnis Belegart 0; als Verwendungszweck "Apothekenbetriebslaubnis"; nicht älter als 6 Monate
6. Eidesstattliche Versicherung gemäß § 2 (1) Ziff. 5 ApoG (siehe Anlage 1)
7. Erklärung gemäß § 2 ApoG (siehe Anlage 2)
8. ärztliches Gesundheitszeugnis (siehe Anlage 3)

C. Unterlagen zu den Räumlichkeiten

1. Nachweis, dass die nach der ApBetrO vorgeschriebenen Räume zur Verfügung stehen
 - a) Pachtvertrag im Original oder amtlich beglaubigt
 - b) Mietvertrag
Im Falle eines Untermietvertrages sind auch alle weiteren Mietverträge sowie der Hauptmietvertrag einschließlich des Grundbuchauszuges im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen

D. 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. Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde (siehe Anlage 4)

Hinweise für die Übernahme einer Apotheke

1. Gemäß § 4 Abs. 3 des BTM-Gesetzes haben Sie Ihre Teilnahme am BTM-Verkehr zuvor der
Bundesopiumstelle
Kurt-Georg-Kiesinger Allee 3
53175 Bonn
Tel. 02 28 / 2 07-30
anzuzeigen.
Diese Anzeige muss enthalten:
 - Name und Anschrift des Anzeigenden sowie der Apotheke
 - Ausstellungsdatum und die ausstellende Behörde der apothekenrechtlichen Erlaubnis
 - Datum des Beginns der Teilnahme am BTM-Verkehr
2. Gemäß § 661 der Reichsversicherungsverordnung haben Sie innerhalb einer Woche nach Eröffnung/ Übernahme der Apotheke der
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
Pappelallee 35/37
22089 Hamburg
folgendes anzuzeigen:
 - Gegenstand und Art des Unternehmens
 - Zahl der Versicherten
 - Eröffnungs- bzw. Übernahmetag
3. Die Eröffnung/ Übernahme der Apotheke ist bei der örtlich **zuständigen Gewerbeaufsichtsbehörde** anzumelden.
4. Die Apotheke ist gemäß § 29 HBG in das Handelsregister beim **zuständigen Amtsgericht** eintragen zu lassen.
5. Gemäß § 30 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes und der Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst in den Landkreisen und kreisfreien Städten haben Apotheker/innen den Beginn und die Beendigung einer selbständigen Berufsausübung unverzüglich dem für den Ort der Niederlassung **zuständigen Gesundheitsamt** anzuzeigen.
Im Fall des Beginns der Berufsausübung ist:
 - die Anschrift der Niederlassung anzugeben und
 - die Berechtigung zur Ausübung des Berufes oder Führen der Berufsbezeichnung nachzuweisen
6. An der Apotheke ist der Name des Pächters anzubringen.

7. Die Herstellung von Stada Präparaten ist bei der **Stada AG**
 Postfach 61118
 Bad Vilbel
 zu beantragen.
8. Bezüglich der Teilnahme am Krankenkassenlieferungsvertrag wird die Kontaktaufnahme mit dem **Apothekerverband Brandenburg** empfohlen.

Wichtige Anschriften

Adresse	Tel.	Fax
Landesapothekerkammer Brandenburg Am Buchhorst 18 14478 Potsdam	(03 31) 8 88 66-0	(03 31) 8 88 66-20
Apothekerverband Brandenburg - Geschäftsstelle - Am Buchhorst 18 14478 Potsdam	(03 31) 8 88 65-0	(03 31) 8 88 65-40
Industrie- und Handelskammer FF/O Puschkinstraße 12 b 15236 Frankfurt/Oder	(03 35) 56 21-0	(03 35) 62 12 54
Industrie- und Handelskammer Potsdam Breite Straße 2 a-c 14467 Potsdam	(03 31) 27 86-0	(03 31) 27 86-111
Industrie- und Handelskammer Cottbus Goethestraße 1 03046 Cottbus	(03 55) 3 65-0	(03 55) 365-266
Landesamt für Mess- und Eichwesen Stahnsdorfer Damm 81 15432 Kleinmachnow	(03 32 03) 86 61 10	(03 32 03) 86 61 90

Eidesstattliche Versicherung

Gegenstand meiner Erklärung ist das Verfahren betreffend die Erteilung der Erlaubnis zur Pacht der

Name der Apotheke

Anschrift der Apotheke

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 Erlaubnis zur Pacht 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 Erlaubnis zur Pacht für die

Name der Apotheke

Anschrift der Apotheke

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 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 für die _____-Apotheke in _____ zu dem Zeitpunkt, zu dem mir die Pächterlaubnis für die o.g. Apotheke 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 Pächterlaubnis 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

Zustelladresse für die Pachterlaubnis

Als Zustelladresse für die Pachterlaubnis gebe ich folgende Anschrift bekannt:
