

MERKBLATT

für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke mit Filialapotheke(n) – Antragsteller ist bereits in Besitz einer Betriebserlaubnis für eine Apotheke in Brandenburg (Neueröffnung/ Kauf)

Für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke mit Filialapotheke(n) sind folgende Unterlagen mindestens 8 Wochen vor der Neueröffnung/Kauf an das
**Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit
Abteilung Gesundheit
Dezernat G3 Apotheken, Arzneimittel, Medizinprodukte
Wünsdorfer Platz 3
15806 Zossen**

zu richten:

A. Antrag

Formloser Antrag mit Namen und Anschriften der Haupt- und Filialapotheke(n) und dem Datum, zu dem die Betriebserlaubnis erteilt werden soll.

B. Persönliche Unterlagen:

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

C. Unterlagen zu den Räumlichkeiten

1. Nachweis, dass für die Filialapotheke(n) die nach der ApBetrO vorgeschriebenen Räume zur Verfügung stehen:
 - a) Kauf- oder Pachtvertrag im Original oder amtlich beglaubigt; bei Eigentum den Grundbuchauszug
 - b) 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.
 - c) OHG-Vertrag
2. Grundrisse der Apothekenbetriebsräume
 - Maßstab 1:100 oder 1:50

- Größe, Lage, Einrichtung sowie Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume müssen ersichtlich sein
 - Pläne sind in dreifacher Ausführung einzureichen
 - die Größe der Räume ist jeweils in m² anzugeben
3. bei Neueröffnung: Kopie der Baugenehmigung durch die Bauaufsichtsbehörde

D. Unterlagen zur Finanzierung

Finanzierungsplan/-bestätigung

(bei Kreditfinanzierung: Kreditzusage

bei Eigenfinanzierung: Kontoauszug oder Bonitätsbescheinigung)

E. Sonstiges

1. Verzichtserklärung des Verkäufers (beim Verkauf einer Apotheke)
2. 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)
3. Formloser Antrag auf Eröffnungsrevision (siehe Anlage 4)
4. Zustelladresse für die Erlaubnisurkunde (siehe Anlage 4)

F. Unterlagen Leitung Filialapotheke(n)

1. amtlich oder notariell beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde
2. beruflicher Werdegang
3. ärztliches Gesundheitszeugnis (siehe Anlage 3)
4. polizeiliches Führungszeugnis, Belegart 0 – zur Vorlage bei der Behörde; als Verwendungszweck „Leitung einer Filialapotheke“ (nicht älter als 6 Monate)
5. Kopie des Arbeitsvertrages (Gehalt kann unkenntlich gemacht werden)

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 Eröffnung/ 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 Inhabers 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

Anlage 1

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

Anlage 2

Erklärung

zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis für die

Name der Hauptapotheke

Anschrift der Hauptapotheke

als 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

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 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.

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
Antragsteller

Hiermit wird bestätigt, dass Frau Apothekerin _____ /

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Ärztliches Gesundheitszeugnis
Filialleitung

Hiermit wird bestätigt, dass Frau Apothekerin _____/

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

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Anlage 4

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

Ich stelle hiermit den Antrag auf Eröffnungsrevision für die
_____ -Apotheke (voraussichtlich) zum

Datum: _____

Unterschrift

Zustelladresse für die Betriebserlaubnis

Als Zustelladresse für die Betriebserlaubnis gebe ich folgende Anschrift bekannt:

- nur anzugeben, wenn Antragsteller noch kein Apothekenleiter in Brandenburg ist -

Ich war zuletzt gemeldet bei der Apothekerkammer des Landes _____

Mitgliedsnummer: _____