

**MERKBLATT**  
**für die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung**  
**einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 ApoG**

Für die Erteilung einer Genehmigung zur Verwaltung einer Apotheke nach § 13 Abs. 1 Apothekengesetz (ApoG) müssen die Erben **spätestens am 3. Tag** nach dem Tod des Erlaubnisinhabers einen **formlosen Antrag** mit Namen und Anschrift der Apotheke und dem Datum, zu dem die Genehmigung zur Verwaltung erteilt werden soll, beim

Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit  
Abteilung Gesundheit  
Dezernat G3 Apotheken, Arzneimittel, Medizinprodukte  
Wünsdorfer Platz 3  
15806 Zossen

Dem formlosen Antrag **unverzüglich** nachzureichen sind:

**A. Persönliche Unterlagen:**

1. Approbationsurkunde in notarieller oder amtlich beglaubigter Kopie
2. tabellarischer, unterschriebener Lebenslauf
3. tabellarischer Tätigkeitsnachweis nach der Approbation
4. ärztliches Gesundheitszeugnis – höchstens 3 Monate alt (siehe Anlage 1)
5. Führungszeugnis Belegart 0; als Verwendungszweck "Apothekenbetriebserlaubnis"; nicht älter als 6 Monate
6. Erklärung gemäß § 2 ApoG (siehe Anlage 2)
7. Eidesstattliche Versicherung – Verwalter (siehe Anlage 3)

**B. Sonstige**

1. Erbschein (ersatzweise Familienbuch, Heiratsurkunde)
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 Genehmigung einverstanden ist (siehe Anlage 4)
3. Zustelladresse für die Genehmigungsurkunde (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 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. Die Herstellung von Stada Präparaten ist bei der

**Stada AG**

*Postfach 61118*

*Bad Vilbel*

zu beantragen.

7. Bezüglich der Teilnahme am Krankenkassenlieferungsvertrag wird die Kontaktaufnahme mit dem **Apothekerverband Brandenburg** empfohlen.

### Wichtige Anschriften

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

**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

## Erklärung

zum Antrag auf Genehmigung zur Verwaltung 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.
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/ Genehmigung 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

### Eidesstattliche Versicherung

Gegenstand meiner Erklärung ist das Verfahren betreffend die Erteilung der Genehmigung zur Verwaltung der

Name der Apotheke

in:

Anschrift der Apotheke

durch:

Name des Verwalters

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 als Alleinerbe/ als Miterbe der nachfolgend vollständig genannten Erben berechtigt bin, einen Verwalter zu beauftragen.

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.

Namen der Miterben:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erbe(n)

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

### **Zustelladresse für die Genehmigung zur Verwaltung**

Als Zustelladresse für die Verwaltungsgenehmigung gebe ich folgende Anschrift bekannt:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_