

# **Merkblatt**

## **für die Antragstellung zur Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis für mehrere Apotheken**

---

Mit einem Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Hauptapotheke und einer / mehrerer Filialapotheke(n) sind Unterlagen vom Antragsteller sowie vom Filialapotheker einzureichen. Für die Einreichung sämtlicher Unterlagen ist der Antragsteller verantwortlich.

Falls bereits für den Antragsteller eine Apothekenbetriebserlaubnis für eine / mehrere Apotheke(n) erteilt wurde, so ist die Einreichung der Approbationsurkunde, des Lebenslaufes, des Beschäftigungsnachweises, des Staatsangehörigkeitsnachweises oder der beglaubigten Ablichtung des Bundespersonalausweises sowie des Nachweises für die Apothekenbetriebsräume für die bereits betriebene(n) Apotheke(n) nicht mehr erforderlich!

Für die Erteilung einer Apothekenbetriebserlaubnis sind folgende Unterlagen erforderlich und beim

Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises  
Am Wiedenhof 1-3, 51643 Gummersbach

einzureichen:

### **Einzureichende Unterlagen der Antragstellerin / des Antragstellers**

- Formloser Antrag,
- Approbationsurkunde in beglaubigter Fotokopie oder Abschrift,
- Lebenslauf (tabellarisch),
- Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre,
- Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf und bei dem als Verwendungszweck angegeben sein soll: Gesundheitsamt – Apothekenbetriebserlaubnis. Das Führungszeugnis wird direkt dem Gesundheitsamt zugeschickt.
- Nachweis, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein,
- Staatsangehörigkeitsnachweis oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Bundespersonalausweises,
- Nach § 2 Apothekengesetz erforderliche schriftliche Versicherung (siehe Anlage),
- Nachweis der Apothekenräume:
  - Miet- und Pachtvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges (Verträge zweifach)
  - Grundrisszeichnung der einzelnen Apothekenbetriebsräume mit Angabe der Quadratmetergrößen, möglichst Einrichtungsplan im Maßstab 1:50

- Bauaufsichtlich genehmigter Bauplan bzw. Nutzungsänderungsgenehmigung (bei Neugründung einer Apotheke oder bei Übernahme einer Apotheke, sofern sich Änderungen im Hinblick auf die letzte Erlaubniserteilung ergeben haben),
- Konzept zur Umsetzung der in § 4 Abs. 2a ApBetrO geforderten Vertraulichkeit der Beratung, insbesondere an den Stellen, an denen Arzneimittel an Kunden abgegeben werden, inkl. Umsetzungszeitplan.
- Eidesstattliche Versicherung, dass keine Vereinbarungen getroffen wurden, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder 11 des Apothekengesetzes verstoßen (siehe Anlage).

(Die eidesstattliche Versicherung ist notariell zu beurkunden; sie kann gem. § 27 Verwaltungsverfahrensgesetz NRW (VwVfG NRW) auch durch die Behörde zur Niederschrift aufgenommen werden.)

### **Einzureichende Unterlagen der Filialapothekerin / des Filialapothekers**

- Arbeitsvertrag mit dem Antragsteller,
- Approbationsurkunde in beglaubigter Fotokopie oder Abschrift,
- Lebenslauf (tabellarisch),
- Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre,
- Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf und bei dem als Verwendungszweck angegeben sein soll: Gesundheitsamt – Apothekenbetriebserlaubnis,
- Nachweis, dass die Filialapothekerin oder der Filialapotheker nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein,
- Staatsangehörigkeitsnachweis oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Bundespersonalausweises,
- Nach § 2 Apothekengesetz erforderliche schriftliche Versicherung (siehe Anlage),

Die Antragsunterlagen sollten spätestens 6 Wochen vor dem beabsichtigten Eröffnungs- bzw. Übernahmetermin vollständig vorliegen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort der Antragstellerin / des Antragstellers

**Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (Antragsteller/in)**

für die

Name der Hauptapotheke

in

Name der Filialapotheke

in

Name der Filialapotheke

in

Name der Filialapotheke

in

gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer weiteren Apothekenbetriebs-erlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Außer den vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume), bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheken in Zusammenhang stehen.
5.  Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.  
 Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in folgendem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:  
\_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises anzuzeigen.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Nicht zutreffende Absätze sind deutlich (mit Andreaskreuz) zu streichen.)

---

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort des Filialapothekers / der Filialapothekerin

**Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (Filialapotheker/in)**

für die

Name der Apotheke
-------------------

in
----

gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekenberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Apothekenbetriebserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Außer den vom Antragsteller vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume) bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Filialapotheke in Zusammenhang stehen.
5.  Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.  
 Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:  

---
6. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis mit der Benennung zum Verantwortlichen gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 „Filialleiter“ für die o.a. Apotheke. Mir ist bewusst, dass mir aus dieser Benennung Verpflichtungen erwachsen, wie sie im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgesetzt sind.
7. Mir ist bekannt, dass ich als Apothekenleiter am Betäubungsmittelverkehr teilnehme. Die daraus erwachsenden Verpflichtungen insbesondere zu den Nachweispflichten gem. § 13 f Betäubungsmittelverschreibungsverordnung werden von mir beachtet.
8. Die Beendigung meiner Tätigkeit als Verantwortlicher werde ich dem Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises, Am Wiedenhof 1-3, 51643 Gummersbach (Tel: 02261-885332) unverzüglich mitteilen.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Kreisgesundheitsamt des Oberbergischen Kreises anzuzeigen.

---

Ort und Datum

(Nicht zutreffende Absätze sind deutlich (mit Andreaskreuz) zu streichen.)

---

Unterschrift

**Niederschrift über die Abnahme einer Eidesstattlichen Versicherung gemäß § 2 Abs. 1 Ziffer 5 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) zum Antrag auf Erteilung einer Betriebserlaubnis für die**

\_\_\_\_\_  
Name der Hauptapotheke, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Name der Filialapotheke, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Name der Filialapotheke, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Name der Filialapotheke, PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort der Antragstellerin / des Antragstellers

**Versicherung an Eides Statt**

Hiermit erkläre ich, dass ich keine Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen (ApoG) verstoßen.

**Vor der Aufnahme der Versicherung an Eides Statt bin ich über die Bedeutung der eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung belehrt worden.**

**Ich versichere an Eides Statt, dass ich nach besten Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Die Niederschrift ist mir am heutigen Tage zur Genehmigung vorgelesen (nach Verlangen zur Durchsicht vorgelegt) worden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift der Antragstellerin / des Antragstellers

Bei der Niederschrift anwesende Personen, Ort, Datum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift desjenigen, der die eidesstattliche Versicherung aufgenommen hat;  
ggf. auch Schriftführer