

# **Merkblatt**

## **für die Antragstellung zur Erteilung der Apothekenbetriebserlaubnis für eine Apotheke**

---

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.)

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

## Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis

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 Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer weiteren Apothekenbetriebserlaubnis 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 Apotheke 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 Apotheke 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: \_\_\_\_\_

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

**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 Apotheke, 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