



Bewilligungen  
Malzgasse 30  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26  
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch  
www.medizinischdienste.bs.ch

## **Meldung einer fachlichen Leiterin/eines fachlichen Leiters zum Führen einer Apotheke im Kanton Basel-Stadt (Betriebsbewilligung)**

### **Angaben zum Betrieb**

Rechtsform

---

### **Daten zum Eigentümer (gemäss HR-Auszug)**

Name des Eigentümers

Sitz

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

---

### **Daten zur Apotheke**

Name der Apotheke

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

Grosshandelsbewilligung geplant?

ja

nein

Versandhandelsbewilligung geplant

ja

nein

Bisherige/r verantw. Apothekerin/Apotheker

Verbindliches Datum der geplanten Eröffnung

---

### Angaben zur fachlichen Leiterin/zum fachlichen Leiter des Betriebs

Falls die fachliche Leitung aus mehreren Fachpersonen besteht, müssen nachfolgende Angaben jeweils für jedes Mitglied ausgefüllt werden. Für die fachliche Leitung ist zudem eine Berufsausübungsbewilligung notwendig.

#### Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

Bürgerort/Kanton  
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Zivilstand

---

#### Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

#### Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

---

**Eidg. Apothekerdiplom oder vom BAG anerkanntes Apothekerdiplom**

ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

---

**Nachweis akademischer Titel (Doktorat o.ä.)** ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

---

**Nachweis vorhandener Spezialisten-Titel (z.B. FPH in Offizinpharmazie)** ja nein

Bezeichnung

ausgestellt durch

Ort

Land

Ausstellungsdatum

---

**Praxisdaten** 

---

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

---

**Beschäftigungsgrad**

Pensum

---

**Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit**

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin/Apotheker?

Berufsausübung in einem oder mehreren Kanton(en)/Land/Ländern? ja nein

Kanton/e

Land/Länder

---

2. Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Land eine Apotheke in eigener fachlicher Verantwortung geführt? ja nein

---

3. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Land die Bewilligung eingeschränkt, verweigert oder entzogen? ja nein

---

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

4. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Land ein Gesuch um Erteilung einer Bewilligung gestellt, ohne dass es zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? ja nein

---

5. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Land (Aufsichtsrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren) in Bezug auf die berufliche Tätigkeit? ja nein

---

 Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

---

Die/der Unterzeichnete bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/Unterschrift

## Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP

Antrag für Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der OKP ja nein

---

Bezüglich der Zulassungsvoraussetzungen zur Tätigkeit zu Lasten der OKP wird unter anderem auf Art. 40 KVV verwiesen.

---

Art. 40 KVV:

1. Apotheker und Apothekerinnen werden zugelassen, wenn sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:
    - a. Sie verfügen über eine kantonale Bewilligung für die Berufsausübung als Apotheker und Apothekerin nach Artikel 34 MedBG.
    - b. Sie weisen nach, dass sie die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g erfüllen.
- 

Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems (QSS) inkl. Selbstdeklaration und Fragebogen gemäss § 36 Abs. 2 lit. d GesG und Art. 58g KVV

<https://www.gesundheit.bs.ch/berufsausuebung/universitaere-medizinalberufe/apothekerin.html>

---

## Angaben bezüglich Weiterbildungstitel nach Art. 36 Abs. 2 MedBG oder Regelung gemäss Übergangsbestimmung zur Änderung vom 5. April 2017 der KVV:

Ist ein eidgenössischer Weiterbildungstitel im Sinne von Art. 36 Abs. 2 MedBG (FPH-Titel) vorhanden? ja nein

oder

Ist eine Kontroll-Nummer (K-Nr.) bereits vorhanden? ja nein

oder

Nachweis (OKP-Anerkennungszertifikat Pharmasuisse oder Nachweis Arbeitgeber), dass bis **spätestens 31.12.2019 (Pensum 100%)** eine zweijährige Praxis in einer öffentlichen Apotheke in der Schweiz absolviert worden ist. ja nein

---

## Beilagen zum Gesuch zur/m fachlichen Leiterin oder Leiter der Apotheke / des Betriebs

Name

Vorname

---

Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems (QSS) inkl. Selbstdeklaration und Fragebogen gemäss § 36 Abs. 2 lit. d GesG und Art. 58g KVV

---

Nachweis eines eidgenössischen Weiterbildungstitels im Sinne von Art. 36 Abs. 2 MedBG (FPH-Titel)

---

Nachweis Kontroll-Nummer (K-Nr.)

---

Nachweis (OKP-Anerkennungszertifikat Pharmasuisse oder Nachweis Arbeitgeber), dass bis **spätestens 31.12.2019 (Pensum 100%)** eine zweijährige Praxis in einer öffentlichen Apotheke in der Schweiz absolviert worden ist.

---

schriftliche persönliche Erklärung, dass Bewerber/in keine andere Apotheke und diese persönlich und hauptberuflich führt  
Kopie\*

---

Verwaltervertrag (falls Gesuchsteller/in nicht Eigentümer/in)  
Kopie\*

---

\*Auf Verlangen ist eine amtlich beglaubigte Kopie vorzulegen