



## Medizinische Dienste

### ► Bewilligungen und Support

Sabrina Stachl  
Gerbergasse 13  
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 44 95  
E-Mail: [sabrina.stachl@bs.ch](mailto:sabrina.stachl@bs.ch)  
[www.gesundheit.bs.ch](http://www.gesundheit.bs.ch)

# Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin/Apotheker

Die Gebühr beträgt CHF 700.00

## Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Staatsangehörigkeit

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

Zivilstand

FPH-Titel

---

## Wohnadresse

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

---

## Sprachen

Deutsch

Französisch

Italienisch

Englisch

weitere

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

Bezeichnung

Ort

Land

---

**Weitere akademische Titel (z.B. Habilitationsschrift, Professur)**

ja nein

Bezeichnung

Ort

Land

---

**Daten zur Apotheke**

Name der Apotheke

Eigentümer

Rechtsform (GmbH, AG oder Einzelgesellschaft)

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Website

---

**Art der Apotheke** (z.B. Einzelfirma, AG, GmbH)

Art der Apotheke

---

**Daten zur Apotheke** 

Verbindliches Datum der Tätigkeitsaufnahme

---

**Beschäftigungsgrad des Gesuchstellers**

Pensum

---

### Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

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

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

Kanton/e

Land/Länder

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

⚠ Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern

- 
3. 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

- 
4. 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 Unterzeichnende bestätigt mit ihrer/seiner Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Stempel/ Unterschrift

**Beilagen\* zum Gesuch um Erteilung einer Bewilligung zur privatwirtschaftlichen Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin/Apotheker**

Name

Vorname

Eidgenössisches Apothekerdiplom

---

Ausländisches Apothekerdiplom (Approbation) und zusätzlich

Anerkennungsbestätigung des ausländischen Apothekerdiploms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, MEBEKO-Weiterbildung@bag.admin.ch)  
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe.html>

---

Nachweis der Absolvierung der praktischen unselbstständigen Tätigkeit von mindestens 2 Jahren nach Ausbildungsabschluss in einer öffentlichen Apotheke (Voll- und Teilzeitstellen)

---

FPH-Titel in Offizinpharmazie

---

Weitere akademische Titel (z.B. Doktorat, Habilitationsschrift, Professur)

---

Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter [www.bj.admin.ch](http://www.bj.admin.ch)), im Original, nicht älter als 6 Monate

bei Zuzug aus dem Ausland benötigen wir zusätzlich das Führungszeugnis des Herkunftslandes im Original, nicht älter als 6 Monate  
**(nur falls keine 10 Jahre in der Schweiz wohnhaft)**

---

Nachweis eines angemessenen Qualitätssicherungssystems  
**(bei Neueröffnung)**

<http://www.medizinischedienste.bs.ch/berufsausuebung/universitaere-medizinalberufe/aerztin.html>

---

Beschreibung der Räumlichkeiten, Einrichtungen und Ausrüstungen in der Apotheke  
**(bei Neueröffnung)**

---

Nachweis, Offerte oder Deckungszusage einer Berufshaftpflichtversicherung

---

### **Weitere Beilagen\***

Berufsausübungsbewilligung(en) eines od. mehrerer anderer Kantone /Länder

---

Bei früherer privatwirtschaftlicher Tätigkeit in eigener fachlicher  
Verantwortung in einem od. mehreren anderen Kanton(en)/Land/Länder

---

Unbedenklichkeitserklärung (Certificate of Good Standing)  
der zuständigen Gesundheitsbehörde im Original

---

Arbeits- und/oder Aufenthaltsbewilligung/Grenzgängerbestätigung

---

### **Sprachkenntnisse**

Hiermit bestätige ich, dass ich mindestens über das Niveau B2 der **deutschen** ja nein  
**Sprache** verfüge.

---

### **Auf Verlangen\* einzureichen**

Ausweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch

---

Arztzeugnis über den Gesundheitszustand im Original, aktuell

---

### **Wichtige Information**

\* Auf Verlangen ist das Originaldokument oder eine beglaubigte Abschrift einzureichen.  
Urkunden, die nicht in deutscher Sprache abgefasst sind, ist eine amtlich beglaubigte  
Übersetzung beizulegen.