



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