



Medizinische Dienste

► Bewilligungen und Recht

Esther Ammann, Eidg. dipl. Apothekerin FPH
Kantonsapotheke
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 33
E-Mail: pharm.dienst@bs.ch
www.bs.ch/md

Jahresmeldung: Bestand Apothekenpersonal

Stand: 1. Januar 2026

(vgl. Bewilligungsverordnung)

Apotheke

Name _____

Strasse

Nr.

Mobil

Mailadresse

Verantwortliche/r, Leiter/-in

Name _____

Vorname

Nationalität

Dipl. Apotheker/-in

Name _____

vorname

Nationalität – Sprache – Perspektive (Perspektiv) (%)

Als Stellvertreter/-in eingesetzt? ja nein

BAB in BS ja nein

Impfbewilligung ja nein

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja nein	
BAB in BS	ja nein	
Impfbewilligung	ja nein	

Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname ja

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
--------------	------------	------------

Als Stellvertreter/-in eingesetzt?	ja	nein
------------------------------------	----	------

BAB in BS	ja	nein
-----------	----	------

Impfbewilligung	ja	nein
-----------------	----	------

Apotheker/-in (eingeschränkte Stellvertretung)

Name

Vorname

Nationalität	Diplomjahr	Pensum (%)
--------------	------------	------------

Eingeschränkte Impfbewilligung	ja	nein
--------------------------------	----	------

Ausgeschiedene/-r Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Ausgeschiedene/-r Dipl. Apotheker/-in

Name

Vorname

ausgeschieden per

Pharma-Betriebsassistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Pharma-Assistent/-in

Name

Vorname

Nationalität

Diplomjahr

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Auszubildende

Name

Vorname

Nationalität

Pensum (%)

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Übriges Personal

Name

Vorname

Weitere Angaben

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift der/s verantwortlichen Apotheker/-in