



## **Medizinische Dienste**

## ► Pharmazeutischer Dienst

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](http://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 – Beruf – Einkommen (%)

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