

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

Personalangaben der Antragstellerin/des Antragstellers

Name (auch Geburtsname, falls abweichend):		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:		Telefax:

Apotheken, für die die Erlaubnis gelten soll:

<b>Hauptapotheke</b> (Name, Anschrift, Erreichbarkeit: Telefon/Fax/E-Mail), (ggf. Stempel):
<b>1. Filialapotheke</b> (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):
Name des/der verantwortlichen Apothekers/in der 1. Filialapotheke:
<b>2. Filialapotheke</b> (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):
Name des/der verantwortlichen Apothekers/in der 2. Filialapotheke:
<b>3. Filialapotheke</b> (Name, Anschrift, Erreichbarkeit), (ggf. Stempel):
Name des/der verantwortlichen Apothekers/in der 3. Filialapotheke:

Geschäftsform der vorgenannten Apotheken:

- Eigentum
- Pacht
- OHG

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

Bitte kreuzen Sie die diesem Antrag beigefügten Dokumente nachfolgend in der Übersicht an. Die hier aufgeführten Antragsunterlagen werden vollständig benötigt:

**Antragsteller/in**

1.  Benennung des/der verantwortlichen Apothekers/Apothekerin inklusive Bestätigung der benannten Person (siehe Formular).
2.  Eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Wortlaut:  
*„Herr/Frau..... ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“*
3.  Ein polizeiliches Führungszeugnis, das nicht älter als drei Monate sein darf (zur Vorlage bei einer Behörde; bitte als Verwendungszweck „Apothekenbetriebserlaubnis“ angeben).
4.  Persönliche Erklärung und eidesstattliche Versicherung (siehe Formular).

**Verantwortliche/r Filialapotheker/in** (je Filialapotheke für die ein neuer Antrag gestellt wird)

5.  Die beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde des/der verantwortlichen Apothekers/Apothekerin.
6.  Ein tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit.
7.  Nachweis einer zeitlich ausreichenden pharmazeutischen Tätigkeit gemäß § 2 Abs. 3 ApoG.
8.  Der Arbeitsvertrag des/der verantwortlichen Apothekers/Apothekerin.
9.  Bestätigung(en) der Apothekerkammer(n), in deren Bereich der/die Antragsteller/in beschäftigt war, über die gemeldeten Tätigkeiten und Stellungnahme zur Zuverlässigkeit. (Sofern eine Mitgliedschaft bei der Apothekerkammer des Saarlandes besteht, ist dies dort nicht erforderlich).
10.  Eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Wortlaut:  
*„Herr/Frau..... ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“*
11.  Ein polizeiliches Führungszeugnis, das nicht älter als drei Monate sein darf (zur Vorlage bei einer Behörde; bitte als Verwendungszweck „Apothekenbetriebserlaubnis“ angeben).
12.  Eine beglaubigte Ablichtung eines gültigen Lichtbildausweises, z.B. gültiger Personalausweis bzw. Reisepass.

**Filialapotheke** (je Filialapotheke für die ein neuer Antrag gestellt wird)

13.  Grundrissplan der Apothekenbetriebsräume (Maßstab 1:100 oder 1:50) in zweifacher Ausfertigung, aus denen die Größe, die Lage, die Einrichtung sowie die Funktionsbezeichnungen der einzelnen Apothekenbetriebsräume ersichtlich sind. Die Größe der Räume ist jeweils in m<sup>2</sup> anzugeben.
14.  Bezeichnung des Grundstücks nach Straße, Hausnummer, Flur und Flurstück.

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

15.  Ein Nachweis, dass die nach der Apothekenbetriebsordnung vorgeschriebenen Räume zur Verfügung stehen. Ist der/die Antragsteller/in nicht Eigentümer der Räume, ist der Mietvertrag in doppelter Ausfertigung vorzulegen, sowie eine Versicherung, dass es sich bei dem vorgelegten Mietvertrag um einen Hauptmietvertrag handelt; im Falle der Unter Vermietung alle Mietverträge in doppelter Ausfertigung bis zum Eigentümer. Sofern der/die Antragsteller/in Eigentümer der Räume ist, dient als Nachweis die Vorlage eines Grundbuchauszuges.

16. Im Falle einer Pacht:

- Drei Ausfertigungen des Apothekenpachtvertrages und ggf. des Schiedsvertrages.
- Sofern die Apotheke bereits verpachtet war, die schriftliche Verzichtserklärung des/der bisherigen Pächters/Pächterin.
- Nachweis des zukünftigen Verpächters über die Verpachtungsberechtigung (Angabe eines wichtigen Grundes).

17. Im Falle des Kaufs:

- Zwei Ausfertigungen des Kaufvertrages.
- Bei Fremdfinanzierung: Vorlage des Finanzierungsplanes (beispielsweise die Zusage zur Finanzbereitstellung des Kreditinstitutes), ansonsten: Erklärung, dass die Finanzierung aus Eigenmitteln erfolgt.
- Die schriftliche Verzichtserklärung des/der bisherigen Erlaubnisinhabers/ Erlaubnisinhaberin (Verkäufer).

18.  Drei Ausfertigungen des OHG Vertrages, wenn die Apotheke in Form einer Offenen Handelsgesellschaft betrieben werden soll.

19.  Ggf. weitere Unterlagen, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehen (Vorlage im Original oder amtlich beglaubigter Kopie).

Die Filialapotheke \_\_\_\_\_ soll am \_\_\_\_\_ eröffnet werden.  
Apothekenname, Ort

Ich/wir beantrage(n) die Erteilung einer Betriebserlaubnis für diese Apotheke.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte beachten Sie:

Eine abschließende Bearbeitung des Antrages kann erst bei Vollständigkeit aller geforderten Unterlagen erfolgen. Daher sollen die Unterlagen **mindestens sechs Wochen vor** dem für die Erteilung der Betriebserlaubnis gewünschten Termin vollständig vorgelegt werden.

Anschrift:

**Apothekerkammer des Saarlandes**  
**-Apothekenüberwachung-**  
**Zährinerstraße 5**  
**66119 Saarbrücken**

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

**Hinweise:**

**1. zur ordnungsgemäßen Übergabe von Betäubungsmitteln bei Kauf, Übernahme oder Pacht einer Apotheke** (Betäubungsmittelbinnenhandelsverordnung i.V. m. § 4 Abs. 1 Nr. 1 d und § 12 Abs. 1 und 2 Betäubungsmittelgesetz):

Die Übergabe von Betäubungsmitteln bei Besitzerwechsel oder Verpachtung erfolgt nach dem Abgabebelegverfahren, d.h. wie die Belieferung von Apotheken durch den Großhandel, mit dem dazu verwendeten vierteiligen Formular. Der als Abgabemeldung bezeichnete Teil ist bis spätestens an dem auf die Übergabe folgenden Werktag an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zu senden.

Die vorhandenen Betäubungsmittelverschreibungen und -lieferscheine sind drei Jahre aufzubewahren (§ 12 Abs. 5 Betäubungsmittelverschreibungsverordnung - BtMW). Die Karteikarten, Betäubungsmittelbücher oder EDV-Ausdrucke nach § 13 Abs. 1 BtMW sind gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 BtMW in der Apotheke drei Jahre lang, von der letzten Eintragung an gerechnet, aufzubewahren.

**2. zur Dokumentation nach dem Transfusionsgesetz:**

Die Dokumentation nach dem Transfusionsgesetz (Blutprodukte) ist gemäß § 22 Abs. 4 Apothekenbetriebsordnung mindestens 30 Jahre aufzubewahren oder zu speichern und soll nach Kauf, Übernahme oder Verpachtung in der Apotheke verbleiben.

**3. zur Heimversorgung:**

Soll im Rahmen des Wechsels des Erlaubnisinhabers einer Apotheke die Versorgung eines Heimes fortgeführt werden, bedarf es hierzu entweder eines neuen schriftlichen Vertrages gem. § 12a ApoG oder einer Fortgeltungsvereinbarung mit dem Träger des Heimes. Der Vertrag/die Fortgeltungsvereinbarung ist genehmigungspflichtig und in dreifacher Ausfertigung der Apothekerkammer des Saarlandes -Apothekenüberwachung- vorzulegen.

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApOG)

## Persönliche Erklärung

von Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Datum Ort

zum Antrag auf Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb der:

in: \_\_\_\_\_  
Apothekenname \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Soweit eine Angabe Ihrerseits erforderlich, bitte das Zutreffende ankreuzen bzw. ausfüllen

1. Ich bin voll geschäftsfähig (nicht entmündigt).

Die nachfolgenden Aussagen 2. - 4. treffen sowohl für Deutschland, die Europäische Gemeinschaft als auch die Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum zu:

2. Ich habe außer dem vorliegenden Antrag keine weiteren Anträge gestellt.

### 3. Ich bin im Augenblick:

- nicht im Besitz einer Erlaubnis zum Betrieb einer Apotheke.
- im Besitz einer Betriebserlaubnis für folgende Apotheke(n):

---

---

---

---

4. Ich verpflichte mich, jede Eröffnung einer weiteren Apotheke der für die Erteilung der Erlaubnis zuständigen Behörde mitzuteilen.

## 5. Ich beabsichtige:

- die Apotheke persönlich und in eigener Verantwortung zu leiten.
- die Apotheke in der Rechtsform einer Offenen Handelsgesellschaft zu betreiben.

6. Mir ist die Ausübung des Apothekerberufes nicht untersagt. Ich erkläre hiermit, dass ein schwebendes (Straf-)Verfahren oder berufsgerichtliches Verfahren gegen mich nicht anhängig ist und dass ich nicht vorbestraft bin.

7. Eine frühere Betriebserlaubnis habe ich:

nicht besessen.  
 in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ für die:

\_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ besessen.  
Apothekenname Ort

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

8. Ich versichere hiermit, dass meine Angaben vollständig und richtig sind und erkläre, dass mir bekannt ist, dass unrichtige und unvollständige Angaben zur Rücknahme der Erlaubnis führen können.
9. Soweit ich mehrere Apotheken betreiben möchte, werde ich dies der jeweiligen Behörde unter Nennung von Haupt- und Filialapotheke(n) anzeigen. Beantrage ich eine Erlaubnis für den Betrieb einer einzelnen Apotheke, verpflichte ich mich, die Leitung bzw. den Betrieb anderer Apotheken aufzugeben und die Erlaubnisurkunde an die jeweils zuständige Behörde zurückzugeben.
10. **In Kenntnis der Bedeutung einer Versicherung an Eides statt und der Strafbarkeit einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung versichere ich an Eides statt,**
  - a. dass ich keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder Vereinbarungen getroffen habe, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 Apothekengesetz verstossen,
  - b. dass ich die mit der Errichtung und dem Betrieb der Apotheke in Zusammenhang stehenden Verträge vollständig vorgelegt habe.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

**Antrag auf Erteilung der Erlaubnis zum Betrieb mehrerer Apotheken (Filiale)**  
nach dem Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG)

**Benennung  
des verantwortlichen Apothekers/der verantwortlichen Apothekerin**

Herrn/Frau \_\_\_\_\_ benenne ich ab dem: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

für meine Filialapotheke: \_\_\_\_\_  
Apothekenname, Ort \_\_\_\_\_

zum/zur verantwortlichen Apotheker/Apothekerin. Ihm/Ihr obliegen somit für diese Filialapotheke alle Verpflichtungen wie Sie im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgelegt sind.

Personalangaben zum/zur verantwortlichen Apotheker/in der Filiale

Name (auch Geburtsname, falls abweichend):		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	Staatsangehörigkeit: <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/>
Straße, Hausnummer:		PLZ:	Ort:
E-Mail:	Telefon:		Telefax:

Mir ist bekannt, dass die Änderung der Person des/der Verantwortlichen der Apothekerkammer des Saarlandes -Apothekenüberwachung- spätestens **zwei Wochen vor** der Änderung schriftlich angezeigt werden und **alle unter den Ziffern 1 bis 8 (s. Seite 3) genannten Unterlagen** vorliegen müssen.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der Inhaber/in  
der Apothekenbetriebserlaubnis

Ich habe die Benennung zum/zur verantwortlichen Apotheker/in der vorgenannten Filialapotheke zur Kenntnis genommen und bin mit ihr einverstanden. Meine mir aus dieser Funktion entstehenden Verpflichtungen gemäß Apothekengesetz und Apothekenbetriebsordnung sind mir bekannt.

Die aufgeführten Angaben zu meiner Person sind korrekt.

---

Ort, Datum

Unterschrift des/der verantwortlichen  
Filialapothekers/-apothekerin