



Erforderliche Unterlagen zur Anzeige einer neuen Krankenhausapothekenleitung

Die Antragsunterlagen müssen **spätestens 4 Wochen vollständig** vor dem beabsichtigten Wechsel der **Apothekerkammer des Saarlandes -Apothekenüberwachung-, Zähringerstraße 5, 66119 Saarbrücken**, vorgelegt werden.

1. Benennung des verantwortlichen Apothekers/der verantwortlichen Apothekerin
2. **Arbeitsvertrag** zwischen der Krankenhausapothekenleitung und dem Krankenhaus-träger / Krankenhaus-trägerin (Antragsteller / Antragstellerin) mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen unter besonderer Berücksichtigung der Rechte und Pflichten der Krankenhausapothekenleitung sowie der wöchentlichen Arbeitszeit
3. **Lebenslauf** der Krankenhausapothekenleitung (tabellarisch)
4. **Approbationsurkunde** der Krankenhausapothekenleitung in aktueller, amtlich beglaubigter Fotokopie
5. **Beschäftigungsnachweis** der Krankenhausapothekenleitung nach der Approbation, insbesondere die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (keine Arbeitsverträge)
6. Amtliches **Führungszeugnis** (zur Vorlage bei einer Behörde; bitte als Verwendungszweck „Leitung einer Krankenhausapotheke " angeben) der Krankenhausapothekenleitung
7. **Bescheinigung der Apothekerkammer** zur Zuverlässigkeit der Krankenhausapothekenleitung für das Betreiben einer Krankenhausapotheke (Original)
8. Nachweis der Krankenhausapothekenleitung, dass sie *„nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner/ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Leitung einer Krankenhausapotheke unfähig oder ungeeignet“* ist. Diese **ärztliche Bescheinigung** darf nicht älter als sechs Monate sein. (im Original)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an: geschaeftsstelle@apothekerkammer-saar.de



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

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

für die Krankenhausapotheke: _____
Apothekename, Ort

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

Personalangaben zum/zur verantwortlichen Apotheker/in

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 **vier Wochen vor** der Änderung schriftlich angezeigt werden und **alle unter den Ziffern 1 bis 8 (s. Seite 1) genannten Unterlagen** vorliegen müssen!

Ort, Datum

Unterschrift des/der Krankenhausträger/
Krankenhausträgerin

Ich habe die Benennung zum/zur verantwortlichen Apotheker/in der vorgenannten Krankenhausapotheke 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
Apothekers/Apothekerin