

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

Antrag auf Erlaubnis zum Betreiben einer Apotheke und bis zu drei Filialapotheken

gemäß § 1 Abs. 2 Gesetz über das
Apothekenwesen (ApoG)

Bitte beachten Sie die www.lids.sachsen.de/soziales zu diesem Antrag!

1. Antragsgegenstand *

Ich beantrage die Betriebserlaubnis für:

eine Apotheke

eine Apotheke und bis zu drei Filialapotheken

Grund:

Neugründung

Wechsel Haupt- und Filialapotheke

Übernahme

Umzug

sonstiges

Ich habe bereits eine Betriebserlaubnis

Bitte fügen Sie in diesem Fall die

diesem Antrag bei.

Datum zu dem die Betriebserlaubnis erteilt werden soll:

Datum der Eröffnung (bei Neugründung oder Umzug):

2. Antragsteller *

Anrede

Frau

Herr

akadem. Grad

Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Haus-Nr.

PLZ

Ort

E-Mail

3. Apotheke

Im Falle eines Umzuges geben Sie bitte die jeweils neue Anschrift der betreffenden Apotheke an!

Hauptapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

ist barrierefrei

hat einen Tee-Arbeitsplatz

Eintritt in die Heimversorgung

Weiterführen Versandhandel ¹⁾

BtM-Lagerung erfolgt nach Richtlinie der BOST ²⁾

Durchführung Schutzimpfung

1. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

ist barrierefrei

hat einen Tee-Arbeitsplatz

Eintritt in die Heimversorgung

Weiterführen Versandhandel ¹⁾

BtM-Lagerung erfolgt nach Richtlinie der BOST ²⁾

Durchführung Schutzimpfung

2. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

ist barrierefrei

hat einen Tee-Arbeitsplatz

Eintritt in die Heimversorgung

Weiterführen Versandhandel ¹⁾

BtM-Lagerung erfolgt nach Richtlinie der BOST ²⁾

Durchführung Schutzimpfung

3. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

ist barrierefrei

hat einen Tee-Arbeitsplatz

Eintritt in die Heimversorgung

Weiterführen Versandhandel ¹⁾

BtM-Lagerung erfolgt nach Richtlinie der BOST ²⁾

Durchführung Schutzimpfung

1) Weiterführen des Versandhandels:
Hierzu stellen Sie bitte den [Antrag zur Erteilung einer Erlaubnis zum Versand apothekenpflichtiger Arzneimittel](#)

2) [BOST \[Bundesopiumstelle\]](#)
[Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten bei Erlaubnisinhabern nach § 3 Betäubungsmittelgesetz](#)

4. Anlagen

Folgende Unterlagen sind für die Erteilung einer Betriebserlaubnis erforderlich:

Bitte beachten Sie die _____ zu diesem Antrag!

Für Neugründung bzw. Übernahme

Das Führungszeugnis³⁾ Belegart OH wurde beantragt

- Unterlagen werden unterschrieben im **Original** dem Antrag beigelegt. -

[Anlage 1 - Ärztliche Bescheinigung für die Übernahme der Tätigkeit als Apothekenleiter/in](#)

[Anlage 2 - Erklärungen/schriftliche Versicherungen \(gem. § 2 ApoG\)](#)

[Anlage 3 - Persönliche Erklärung für die Übernahme der Tätigkeit als Filialapothekenleiter \(gem. § 2 ApoG\)](#)

[Anlage 4 - Eidesstattliche Versicherung](#)

Lebenslauf

- Unterlagen werden im **Original zur Einsichtnahme vorgelegt** oder als **amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beigelegt. -

Approbationsurkunde

Finanzierungsbestätigung

[Anlage 5 - Verzichtserklärung](#)

Grundriss

Kaufvertrag

Mietvertrag

Sonstige Unterlagen (sofern zutreffend):

Pachtvertrag

Verwaltervertrag

OHG-Vertrag

Dienstvertrag

sonstiges

(für Filialapothekenleiter)

Für Umzug

- Unterlagen werden im **Original zur Einsichtnahme vorgelegt** oder als **amtlich beglaubigte Kopie** dem Antrag beigelegt. -

Grundriss

Verträge
(Einrichtung/EDV)

Mietvertrag

Finanzierungsbestätigung

[Anlage 4 - Eidesstattliche Versicherung](#)

Sofern bereits eine Betriebserlaubnis vorliegt

[Anlage 5 - Verzichtserklärung](#)

Datum, Ort

Unterschrift

³⁾ Ein deutsches Führungszeugnis darf bei seiner Vorlage bzw. Eingang dieses Antrages nicht älter als sechs Monate sein. Bitte Führungszeugnis "**Belegart OH**" - zur Vorlage bei Behörden - unter Angabe folgender Anschrift: Landesdirektion Sachsen, Dienststelle Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig beim zuständigen Einwohnermeldeamt beantragen und als Verwendungszweck "Betriebserlaubnis Apotheke" bzw. "Leitung einer Filialapotheke" vermerken lassen.

Ärztliche Bescheinigung

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

für die Übernahme der Tätigkeit als
Apothekenleiter/-in

Angaben zur Person

Frau	Herr	
akadem. Grad	Vorname/n	Nachname
Geburtsdatum	Geburtsort (ohne Postleitzahl)	
Straße / Haus-Nr.		
PLZ	Ort	

ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten
§ 2 Abs. 1 Nr. 7 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG).

Der ausstellende Arzt ist mit der untersuchten Person weder verwandt noch verschwägert
§ 20 Abs. 1 Ziff. 2 i.V.m. Abs. 5 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG).

Datum, Ort

Stempel/Unterschrift des Arztes

Erklärungen/schriftliche Versicherungen

gemäß § 2 Gesetz über das Apothekenwesen
(ApoG)

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Angaben zur Person

Frau	Herr	
akadem. Grad	Vorname/n	Nachname

2. Angaben zur Apotheke

Hauptapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

1. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

3. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

3. Erklärungen/schriftliche Versicherungen

Hiermit gebe ich folgende **Erklärung gemäß § 2 ApoG** ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland oder in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften und habe mich auch nicht anderweitig um eine solche beworben. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken.
4. Außer den vorgelegten Verträgen bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Apotheke im Zusammenhang stehen (z. B. Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge o. Ä.)

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Betriebserlaubnis von der Behörde zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend oder unvollständig ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung einer Apotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ferner ist mir bewusst, dass eine erteilte Betriebserlaubnis auch dann widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 9 Abs. 1, § 10 oder § 11 ApoG verstoßen.

Schriftliche Versicherung

Ich werde alle im Zusammenhang mit der Gründung und dem Betrieb meiner Hauptapotheke und der Filialapotheke/n abgeschlossenen Verträge auf Verlangen der Landesdirektion Sachsen vorlegen. Ebenso werde ich alle Nebenabreden der Aufsichtsbehörde zur Kenntnis geben.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Datum, Ort

Unterschrift

Persönliche Erklärung

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

für die Übernahme der Tätigkeit
als Filialapothekenleiter-/in

gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 4 Gesetz über das
Apothekenwesen (ApoG)

1. Angaben zur Apotheke

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Angaben zur Person

Frau Herr

akadem. Grad Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum Geburtsort (ohne Postleitzahl)

Straße / Haus-Nr.

PLZ Ort

Ich erkläre, dass mir die Ausübung des Apothekerberufs nicht untersagt ist sowie dass keine Strafverfahren und keine berufsgerichtlichen Verfahren gegen mich anhängig sind (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG).

Datum, Ort

Unterschrift

Eidesstattliche Versicherung

gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG), § 27 Abs. 1 Satz 1 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG), § 2 Abs. 1 Verordnung des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales über die Zuständigkeiten und Gebühren für den Vollzug des Berufsrechts der akademischen Heilberufe und der arzneimittel-, betäubungsmittel- und apothekenrechtlichen Vorschriften vom 21.03.2006

Angaben zur Person

Frau	Herr	
akadem. Grad	Vorname/n	Nachname
Geburtsdatum	Geburtsort (ohne Postleitzahl)	
Straße / Haus-Nr.		
PLZ	Ort	

Angaben zur Apotheke

Hauptapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

1. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

3. Filialapotheke:

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

Belehrung

Gemäß § 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG bedarf es für die Erteilung einer Erlaubnis zum Betrieb einer Hauptapotheke und bis zu drei Filialapotheken der Abgabe einer eidesstattlichen Versicherung.

Wer vorsätzlich vor einer zur Abnahme einer Versicherung an Eides statt zuständigen Behörde eine solche Versicherung falsch abgibt oder unter Berufung auf eine solche Versicherung falsch aussagt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft (§ 156 Strafgesetzbuch).

Die fahrlässige falsche Versicherung an Eides statt steht dem fahrlässigen Falscheid gleich und wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft (§ 163 Strafgesetzbuch).

Hinweis zum Datenschutz

Die Zulässigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten ergibt sich aus § 4 SächsDSG. Nach § 4 SächsDSG ist die Verarbeitung personenbezogener Daten nur zulässig, wenn das SächsDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder soweit der Betroffene einwilligt.

§ 2 Abs. 1 Nr. 5 ApoG ist eine Rechtsvorschrift in diesem Sinne. Dennoch ergeht an dieser Stelle der ausdrückliche Hinweis, dass die Angabe personenbezogener Daten freiwillig ist.

Erklärung

Im Bewusstsein der Bedeutung und der oben beschriebenen Folgen einer unrichtigen oder unvollständigen eidesstattlichen Versicherung erkläre ich Folgendes:

- Ich habe keine Vereinbarung zur Beteiligung einer oder mehrerer anderer Personen an meiner/n Apotheke/n in Form einer Stillen Gesellschaft getroffen,
- ich habe keine Vereinbarung getroffen, bei der die Vergütung für ein mir gewährtes Darlehen oder sonst überlassene Vermögenswerte am Umsatz oder Gewinn meiner o. g. Apotheke/n ausgerichtet ist,
- ich habe keine Mietverträge abgeschlossen, die am Umsatz oder Gewinn meiner Apotheke/n ausgerichtet sind,
- ich bin an keiner Apotheke als Stiller Gesellschafter beteiligt (§ 8 Satz 2 ApoG).

Ich versichere, dass ich hinsichtlich einer geplanten Verpachtung meiner o. g. Apotheke/n keine Vereinbarungen getroffen habe, die nicht von den im Folgenden als zulässig aufgezählten Fällen erfasst werden.

Die Verpachtung ist nur in folgenden Fällen zulässig:

1. wenn und solange der Verpächter im Besitz der Erlaubnis ist und die Apotheke/n aus einem in seiner Person liegenden wichtigen Grund nicht selbst betreiben kann oder die Erlaubnis wegen des Wegfalls einer der Voraussetzungen des § 2 Abs. 1 Nr. 7 widerrufen oder durch Widerruf der Approbation wegen des Wegfalls einer der Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 der Bundes-Apothekerordnung erloschen ist;
2. nach dem Tode eines Erlaubnisinhabers durch seine erbberechtigten Kinder bis zu dem Zeitpunkt, in dem das jüngste der Kinder das 23. Lebensjahr vollendet. Ergreift eines dieser Kinder vor Vollendung des 23. Lebensjahres den Apothekerberuf, so kann die Frist auf Antrag verlängert werden, bis es in seiner Person die Voraussetzungen für die Erteilung der Erlaubnis erfüllen kann;
3. durch den überlebenden, erbberechtigten Ehegatten bis zu dem Zeitpunkt der Wiederverheiratung, sofern er nicht selbst eine Erlaubnis gemäß § 1 ApoG erhält.

Mir ist bewusst, dass die Zulässigkeit einer Verpachtung nicht dadurch berührt wird, dass nach Eintritt der in § 9 Abs. 1 Satz 1 ApoG genannten Fälle eine Apotheke/Apotheken innerhalb desselben Ortes, in Städten innerhalb desselben oder in einen angrenzenden Stadtbezirk verlegt wird oder dass ihre Betriebsräume geändert werden. Handelt es sich im Falle der Verlegung oder der Veränderung der Betriebsräume um eine Apotheke/Apotheken, die nach Satz 1 Nr. 1 verpachtet ist/sind, so bedarf der Verpächter keiner neuen Erlaubnis. § 3 Nr. 5 ApoG bleibt unberührt.
(§ 9 Abs. 1 ApoG)

Ich habe mich nicht verpflichtet, bestimmte Arzneimittel ausschließlich oder bevorzugt anzubieten oder abzugeben oder anderweitig die Auswahl der von mir abzugebenden Arzneimittel auf das Angebot bestimmter Hersteller oder Händler oder von Gruppen von solchen zu beschränken.
(§ 10 ApoG)

Ich und mein Personal haben mit Ärzten oder anderen Personen, die sich mit der Behandlung von Krankheiten befassen, keine Rechtsgeschäfte vorgenommen oder Absprachen getroffen, die eine bevorzugte Lieferung bestimmter Arzneimittel, die Zuführung von Patienten, die Zuweisung von Verschreibungen oder die Fertigung von Arzneimitteln ohne volle Angabe der Zusammensetzung zum Gegenstand haben. Davon ausgenommen sind Absprachen im Rahmen der integrierten Versorgung gemäß § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sowie die Abgabe von im Rahmen des üblichen Apothekenbetriebes hergestellten Zytostatikazubereitungen unmittelbar an den anwendenden Arzt.
(§ 11 ApoG)

Ich versichere an Eides Statt, dass ich die vorgenannten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe und dass die Angaben der Wahrheit entsprechen und ich nichts verschwiegen habe.

Datum, Ort

Unterschrift

Verzichtserklärung

auf die bisherige Betriebserlaubnis

gemäß § 3 Nr. 2 Gesetz über das
Apothekenwesen (ApoG)

Landesdirektion Sachsen
Dienststelle Leipzig
Braustraße 2
04107 Leipzig

1. Angaben zur Apotheke

Bezeichnung

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

2. Bisheriger Betreiber der Apotheke und/oder Inhaber der Betriebserlaubnis

Frau Herr

akadem. Grad Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum Geburtsort (ohne Postleitzahl)

aktuelle Wohnanschrift

Datum der Betriebserlaubnis lt. Urkunde:

Straße/Haus-Nr.

PLZ Ort

3. Künftiger Betreiber der Apotheke

Frau Herr

akadem. Grad Vorname/n

Nachname

Geburtsdatum Geburtsort (ohne Postleitzahl)

Ich verzichte vorbehaltlich und zu dem Zeitpunkt der Erteilung der neuen Betriebserlaubnis für die o.g. Apotheke auf meine bisherige Betriebserlaubnis.

Bitte übersenden Sie uns spätestens 14 Tage nach Erteilung der Betriebserlaubnis Ihr Original zur Entwertung.
Die entwertete Betriebserlaubnis erhalten Sie für Ihre Dokumentation von uns zurück.

Datum, Ort

Unterschrift