

Landesdirektion Leipzig
Braustraße 2, 04107 Leipzig
PSF 10 13 64, 04013 Leipzig

Merkblatt

Antrag auf Erteilung einer Verwaltungsgenehmigung für eine Apotheke

Grundlage: § 13 Abs. 1b Gesetz über das Apothekenwesen (Apothekengesetz – ApoG)
in der aktuellen Fassung

Es sind folgende Unterlagen einzureichen:

1. ein formloser Antrag auf Genehmigung zur Verwaltung der Apotheke,
2. ein Staatsgehörigkeitsnachweis (z. B. in Form einer beglaubigten Kopie des Personalausweises) (§ 2 Abs. 1 Nr. 1 ApoG),
3. das unterschriebene Formblatt „Zum Antrag auf Erteilung der Verwaltungsgenehmigung“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 2, Nr. 4 und Nr. 8 ApoG),
4. eine beglaubigte Kopie der deutschen Approbationsurkunde (§ 2 Abs. 1 Nr. 3 ApoG),
5. eine ärztliche Bescheinigung mit folgendem Wortlaut:
“Herr/Frau ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.“ (§ 2 Abs. 1 Nr. 7 ApoG) (Name, Anschrift, Stempel und Unterschrift des Arztes),
6. ein Führungszeugnis, das nicht älter als 6 Monate sein darf (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG),
Belegart 0 (Hinweis: bei Beantragung des Führungszeugnisses ist der Verwendungszweck „Antrag auf Verwaltungsgenehmigung für eine Apotheke“ anzugeben und zu betonen, dass das Führungszeugnis zur Vorlage bei der Behörde bestimmt ist; das Führungszeugnis darf nicht dem Antragsteller selbst zugehen, sondern muss von der Ausstellungsstelle direkt an die Landesdirektion Leipzig übersandt werden),
7. ein tabellarischer und unterzeichneter Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeiten (bitte mit Datum und Unterschrift versehen) (§ 2 Abs. 1 Nr. 4 ApoG),
8. der Verwaltungsvertrag (in Form einer beglaubigten Kopie oder von beiden Vertragsparteien original unterschrieben),

9. eine Ausfertigung des Erbscheins für die Apotheke (in beglaubigter Form oder im Original).

Zum Antrag auf Erteilung der Verwaltungsgenehmigung

für die

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 Betriebserlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Ich teile mit, ob und gegebenenfalls an welchem Ort ich in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den europäischen Wirtschaftsraum eine oder mehrere Apotheken betreibe:

Ich betreibe keine Apotheke 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.

Ich betreibe folgende anderen Apotheke(n): in

.....

(bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen)

Ich bin mir im Klaren, dass eine erteilte Genehmigung zur Verwaltung der Apotheke 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.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (Vor- und Nachname)