

## Anzeige von Änderungen des Betriebs einer Apotheke\*

(Stand: 02.01.2024)

|  |  |
|--|--|
| Name und Anschrift der Apotheke (ggf. Stempel)                     |  |
| Angabe eines Kontakts (E-Mail, Telefon)                            |  |
| Name Apothekeninhaber/in bzw. Apothekenleiter/in (wenn abweichend) |  |
| Anzeige der<br>- Aufnahme von<br>- Änderung der                    | <input type="checkbox"/> Apothekenleitung in einer Filialapotheke<br>(Person des Verantwortlichen nach § 2 Abs. 5 ApoG)<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 2                                    |
|  | <input type="checkbox"/> beruflichen/gewerbsmäßigen Nebentätigkeit<br>(der Apothekenleitung nach § 2 Abs. 3 ApBetrO)<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 3                                       |
|  | <input type="checkbox"/> Lage, Größe, Nutzung oder Ausstattung der Räume<br>(wesentliche Änderungen nach § 4 Abs. 6 ApBetrO)<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 4                               |
|  | <input type="checkbox"/> Vertretung durch vertretungsberechtigtes Personal<br>(Pharmazieingenieur, Apothekerassistent nach § 2 Abs. 6 ApBetrO)<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 5             |
|  | <input type="checkbox"/> Vorbereitung und Durchführung von Schutzimpfungen<br>(nach § 2 Abs. 3a ApBetrO)<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 6   |
| Mitteilung über die Aufnahme einer                                 | <input type="checkbox"/> Heimversorgung<br><input type="checkbox"/> Krankenhausversorgung<br><input type="checkbox"/> Belieferung einer Rezeptsammelstelle<br>→ Ergänzung und Hinweise auf Seite 7 |
| Sonstige Mitteilung  | <input type="checkbox"/> → Ergänzung auf Seite 8   |

\* bitte Seite 1 und nur die für die Anzeige/Mitteilung notwendigen Folgeabschnitte ausfüllen und einreichen

### Anzeige der Apothekenleitung in einer Filialapotheke

**Frist:** spätestens zwei Wochen vor der Änderung per Post (Originaldokumente, s. u.)  
bzw. E-Mail

**Hinweise:** Betrifft die Änderung eine Filialapotheke, die Teil eines Filialverbundes mit einer Hauptapotheke in einem anderen Bundesland ist, muss die Anzeige bei der in diesem Bundesland zuständigen Erlaubnisbehörde eingereicht werden. Ggf. sind abweichende Dokumente erforderlich.

(Grundlage der Datenerhebung: § 2 Abs. 5 Satz 1 Nr. 2 i. V. m. Abs. 1 ApoG)

---

Hiermit zeige ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname zukünftige Leitung

ab dem \_\_\_\_\_  
Datum des Beginns der Leitung

als verantwortliche Person (Apothekenleitung) der auf Seite 1 genannten Apotheke an.

Folgende Unterlagen füge ich als Inhaberin/Inhaber bei:

- Anstellungsvertrag (von beiden Parteien unterzeichnet), in Kopie

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

---

Hiermit bestätige ich, dass ich ab dem o. g. genannten Datum die Leitung der auf Seite 1 genannten Apotheke übernehme.

Folgende Unterlagen füge ich als Apothekenleiterin/-leiter bei:

- Personalausweis, Kopie
- Erklärungen einschl. eidesstattliche Versicherung gemäß beiliegender Anlage 1, im Original
- deutsche Approbationsurkunde, amtlich beglaubigte Kopie, oder einfache Kopie mit Vermerk des Apothekeninhabers, dass das Original vorlag, und Unterschrift
- ärztliche Bescheinigung gemäß beiliegender Anlage 2, im Original (nicht älter als 6 Monate, durch einen Arzt oder eine Ärztin, die nicht mit Leiterin/Leiter verwandt, verlobt oder verschwägert ist oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft besitzt)
- tabellarischer Lebenslauf mit Angaben über Ausbildung und bisherige berufliche Tätigkeit

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zukünftige/r Apothekenleiterin/-leiter

### Anzeige einer beruflichen/gewerbsmäßigen Nebentätigkeit

Frist: vor Aufnahme der Nebentätigkeit

Hinweise: Die Anzeige muss bei der jeweils zuständigen Überwachungsbehörde eingereicht werden (in Sachsen-Anhalt Apothekerkammer oder Landesverwaltungsamt).

(Grundlage der Datenerhebung: § 2 Abs. 3 i. V. m. Abs. 2 Satz 1 ApBetrO i. V. m. § 11 Abs. 1 ApoG)

---

Hiermit zeige ich ab dem \_\_\_\_\_ die Aufnahme einer Nebentätigkeit  
Datum des Beginns der Tätigkeit

als verantwortliche Person (Apothekenleitung) der auf Seite 1 genannten Apotheke an.

Folgende Unterlagen füge ich bei:

- formlose Erklärung zu Umfang (Dauer pro Woche), Art (ehrenamtlich, angestellt, etc.) und Ort der Tätigkeit

(bei der Wahrnehmung von Tätigkeiten im Bereich Gesundheit und Pflege zusätzlich Angaben zu der Tätigkeitsstelle/Firma und Funktion)

Während der Dauer meiner Abwesenheit steht folgendes vertretungsberechtigtes Personal zur Verfügung:

| <u>Name</u> | <u>Berufsbezeichnung</u> | <u>wöchentliche<br/>Arbeitszeit lt.<br/>Anstellungsvertrag</u> |
|-------------|--------------------------|--|
|             |                          |  |
|             |                          |  |
|             |                          |  |

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekenleiterin/-leiter

### **Anzeige von wesentlichen Änderungen der Lage, Größe, Nutzung oder Ausstattung der Betriebsräume**

**Frist:** rechtzeitig vor Aufnahme des Betriebs der geänderten Betriebsräume (auch funktional), so dass eine Prüfung der Änderungen möglich ist

**Hinweise:** Bei der Nutzungsaufnahme bisher nicht der Betriebserlaubnis zugehöriger Räume kann ein Antrag auf Neuerteilung der Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke erforderlich werden. Wesentliche Änderungen an den Betriebsräumen sind in der Regel mit einer Abnahmebesichtigung seitens der Erlaubnisbehörde verbunden.

(Grundlage der Datenerhebung: § 4 Abs. 6 ApBetrO)

---

Hiermit zeige ich folgende wesentliche Änderungen in den Betriebsräumen der auf Seite 1 genannten Apotheke an:

---

(nicht abschließende Beispiele: Einbau eines automatisierten Warenlagers (Kommissionierautomat) bzw. einer automatisierten Abholstation, Umwidmung von Räumen innerhalb der Raumeinheit, z. B. Verlagerung Rezeptur bzw. Labor, Verlagerung Notdienstzimmer in externe Räume, Aufnahme der Tätigkeit des patientenindividuellen Neuverpackens von Fertigarzneimitteln nach § 34 ApBetrO oder Herstellung von parenteralen Arzneiformen nach § 35 ApBetrO, sonstiger Umbau der Betriebsräume mit wesentlicher Veränderung der Einrichtung, sonstige Änderung der Lage, Größe, Ausrüstung oder Funktion der Betriebsräume)

kurze Beschreibung des Vorhabens:

Folgende Unterlagen füge ich bei:

- Pläne, aus denen die Änderung an den Räumen ersichtlich wird (Planentwurf)
- Ablaufplan (bei umfangreicheren Baumaßnahmen) mit Erklärung, wie während der Maßnahme der ordnungsgemäße Apothekenbetrieb aufrecht erhalten wird
- weitere Auskünfte, z. B. Informationen des Anlagenherstellers/Produktdatenblatt

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

**Anzeige der Vertretung durch vertretungsberechtigtes Personal  
(Pharmazieingenieur, Apothekerassistent)**

**Frist:** bei geplanter Abwesenheit eine Woche vorher, bei nichtvorhersehbarer Abwesenheit unverzüglich

**Hinweise:** Apothekenleiter in einer Hauptapotheke eines Filialverbund, krankenhausversorgenden Apotheke, patientenindividuelles Neuverpacken von Fertigarzneimitteln durchführenden Apotheke, parenterale Arzneimittel herstellenden Apotheke oder Schutzimpfungen durchführenden Apotheke ist eine Vertretung nur durch Apothekerinnen und Apotheker möglich.

(Grundlage der Datenerhebung: § 2 Abs. 6 Satz 3 i. V. m. Satz 1 und 2 ApBetrO)

---

Hiermit zeige ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname vertretende Person

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
erster Tag der Vertretung letzter Tag der Vertretung

als meine Vertretung an. In den vergangenen 12 Monaten wurde in folgenden Zeiträumen bereits eine Vertretung durch einen Pharmazieingenieur/Apothekerassistenten in Anspruch genommen:

| <u>von – bis (jeweils erster und letzter Tag)</u> | <u>Dauer in Werktagen</u> |
|---|---------------------------|
|   |                           |
|   |                           |
|   |                           |
|   |                           |

Folgende Unterlagen füge ich als Inhaberin/Inhaber bei:

- Anstellungsvertrag (von beiden Parteien unterzeichnet), in Kopie\*

\* Sollte die Anstellung in den letzten sechs Monaten nicht durchgängig in der genannten Apotheke erfolgt sein, sind weitere Angaben über die hauptberufliche Tätigkeit in diesem Zeitraum erforderlich (formlose Selbstauskunft der zur Vertretung berechtigten Person mit Angabe des Beschäftigungsortes und der Wochenstundenzahl).

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekenleiterin/-leiter

---

Hiermit bestätige ich, dass ich im o. g. Zeitraum die Vertretung der verantwortlichen Person (Apothekenleitung) der auf Seite 1 genannten Apotheke übernehme.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift zur Vertretung berechnigte, o. g. Person

### Anzeige geeigneter Räumlichkeiten für Schutzimpfungen

**Frist:** spätestens eine Woche vor Aufnahme der Tätigkeit

**Hinweise:** Die Anzeige ist bei der Nutzung von bereits der Betriebserlaubnis zugehörigen wie auch externen Räumen notwendig. Für die Nutzung noch nicht bekannter Räume ist gleichzeitig ein Antrag auf Neuerteilung der Erlaubnis zum Betrieb der Apotheke notwendig. Der Zugang zu den Räumen muss von der Offizin oder direkt von außen (gesonderter Zutritt) möglich sein. Die Anzeige der Durchführung und der zugehörigen personenbezogenen Angaben zur Berechtigung sind zusätzlich bei der zuständigen Überwachungsbehörde einzureichen.

(Grundlage der Datenerhebung: § 2 Abs. 3a Satz 2 und 3 i. V. m. § 35a Abs. 2 und 3 ApBetrO)

Hiermit zeige ich die Vorbereitung und Durchführung von Schutzimpfungen wie folgt an.

Erstanzeige

Änderungsanzeige

|   |  |
|---|--|
| geplanter Beginn der Tätigkeit/<br>Änderung der Tätigkeit ab          |  |
| aktuell bestätigter Grundrissplan<br>(durch die Erlaubnisbehörde) vom |  |
| zur Nutzung für die Tätigkeiten<br>geplante Räume dieses Plans        |  |
| - Wartebereich  |  |
| - Vorbereitung der Durchführung                                       |  |
| - Durchführung der Impfung  |  |
| - Nachbereitung/Beobachtung (sofern<br>abweichend von Wartebereich)   |  |
| kurze Ablaufbeschreibung lt. QMS<br>(ggf. gesonderte Anlage beifügen) |  |

Folgende Unterlagen füge ich bei:

- ggf. Plankopie mit eingetragenen Änderungen
- personenbezogene Berechtigung zur Durchführung von Schutzimpfungen (nur bei Überwachungszuständigkeit des LVWA, sonst Apothekerkammer)

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekenleiterin/-leiter

**Mitteilung über die Aufnahme von zusätzlichen Tätigkeiten**

Hinweise: Die Aufnahme zusätzlicher Versorgungsaufgaben darf den ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb nicht beeinträchtigen. Weitere Hinweise sind den einzelnen Versorgungsformen voran gestellt.

**Heimversorgung** Der mit dem Träger geschlossene Vertrag bedarf zu seiner Wirksamkeit der Genehmigung der zuständigen Behörde (für Heime in Sachsen-Anhalt: Apothekerkammer). Abseits von der Aufnahme der Versorgung sind in diesem Zusammenhang möglicherweise zu tätige wesentliche Veränderungen der Lage, Größe, Ausstattung und Nutzung der Betriebsräume gesondert der zuständigen Erlaubnisbehörde mitzuteilen (siehe Anzeige Seite 4).

Hiermit zeige ich die Aufnahme der Heimversorgung für folgende Heime an.

| <u>Heim bzw. Heimträger</u> | <u>Vertrag vom</u> | <u>Genehmigung der Apothekerkammer vom</u> |
|-----------------------------|--------------------|--|
|                             |                    |  |
|                             |                    |  |

**Krankenhausversorgung** → siehe Hinweise Heimversorgung

Für die Versorgung von Krankenhäusern in anderen Bundesländern ist die dortige Behörde zuständig für die Genehmigung des geschlossenen Versorgungsvertrages. Die Aufnahme der Tätigkeit bedingt einen Übergang der Überwachungszuständigkeit. Ab dem Tag der Genehmigung des Vertrages ist das LVWA zuständige Behörde.

Hiermit zeige ich die Aufnahme der Krankenhausversorgung für folgende Häuser an.

| <u>Krankenhaus bzw. Träger</u> | <u>Vertrag vom</u> | <u>Genehmigung der zust. Behörde vom</u> |
|--------------------------------|--------------------|--|
|                                |                    |  |
|                                |                    |  |

**Belieferung einer Rezeptsammelstelle** Für die Belieferung ist eine Erlaubnis bei der zuständigen Behörde (Apothekerkammer) zu beantragen.

Hiermit zeige ich die Aufnahme der Krankenhausversorgung für folgende Häuser an.

| <u>Sammelstelle/Ort</u> | <u>Erlaubnis vom</u> | <u>Dauer der Erlaubnis (von-bis)</u> |
|-------------------------|----------------------|--------------------------------------|
|                         |                      |                                      |
|                         |                      |                                      |

Die genehmigten Verträge bzw. die Erlaubnisse lege ich in Kopie bei.

Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und richtig sind.

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

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber

### Sonstige Mitteilung

(Nutzung für z. B. allgemeine Anfragen, Änderungen in Unterlagen (Mietverträge Räume),  
Voranfragen zu Bauprojekten, Ankündigung einer Schließung von Apotheken, u. a.)

Hinweise: Bitte reichen Sie das Deckblatt (Seite 1) zusammen mit den wesentlichen  
Unterlagen für Ihr Anliegen ein.

Beschreibung Ihres Anliegens/Vorhabens:

Ich füge nachfolgend aufgeführte Anlagen bei:

| <u>Anlage-Nr.</u> | <u>Bezeichnung</u> |
|-------------------|--------------------|
|                   |                    |
|                   |                    |
|                   |                    |
|                   |                    |
|                   |                    |

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apothekeninhaberin/-inhaber/-leiterin/-leiter



## Anlage 1

### ERKLÄRUNGEN GEMÄß GESETZ ÜBER DAS APOTHEKENWESEN

1. Ich bin voll geschäftsfähig.
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft, auch sind keine derartigen Verfahren gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt.
3. Ich versichere an Eides statt\*, dass ich keine Rechtsgeschäfte oder Absprachen getroffen habe, die gegen §§ 8 Satz 2, 9 Abs. 1, 10 oder 11 des Gesetzes über das Apothekenwesen verstoßen (z. B. Umsatzbeteiligungen durch stille Teilhaber, unzulässige Verpachtung von Apotheken, bevorzugte Anbietung oder Abgabe bestimmter Arzneimittel, Rechtsgeschäfte oder Absprachen mit Ärzten oder Heilpraktikern usw.).
4. Ich verpflichte mich, dem Landesverwaltungsamt, Referat Gesundheitswesen, Pharmazie mitzuteilen, ob und gegebenenfalls an welchem Ort ich in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in einem Vertragsstaat, dem Deutschland und die Europäische Union vertraglich einen entsprechenden Rechtsanspruch eingeräumt hat, eine oder mehrere Apotheken betreibe.

---

Ort und Datum, Unterschrift

\* Hinweis:

*Die Eidesleistung hat in Verfahren vor den Gerichten einen hohen Rang. Der Schwur mit oder ohne religiöse Beteuerung dient dort als letztes Mittel zur Wahrheitsfindung.*

*Dem entspricht die gegenüber Behörden abgegebene eidesstattliche Versicherung. Sie dient zur Sicherung der Beweisführung, wenn andere Mittel zur Erforschung der Wahrheit nicht vorhanden sind, zu keinem Ergebnis geführt haben oder einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern. Deshalb ist die falsche Abgabe einer Versicherung an Eides statt gegenüber einer zuständigen Behörde nach § 156 Strafgesetzbuch mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bedroht.*

**Anlage 2**

**ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG**

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

geboren am

\_\_\_\_\_ ,

wurde heute von mir ärztlich untersucht.

Sie bzw. er ist nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum, Unterschrift, Arztstempel