



**Öffentliche Apotheke**  
**Gesuch um Bewilligung zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke<sup>1</sup>**  
**zum Detailhandel mit Arzneimitteln**  
**zur Herstellung von Arzneimitteln**

FRM-40301F

⇒  Bitte Zutreffendes ankreuzen

**1. Grund des Gesuches**

		Was ist auszufüllen?
<input type="checkbox"/>	Ersterteilung <sup>2</sup>	Abschnitt 2, 3.1, 4.1, 5, 6, 7.1, 7.3
<input type="checkbox"/>	Erneuerung	Abschnitt 2, 3.1, 4.1, 5, 6, 7.3
<input type="checkbox"/>	Wechsel der verantwortlichen Person	Abschnitt 2, 3.1, 3.2, 6, 7.2
<input type="checkbox"/>	Wechsel der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers <sup>3</sup>	Abschnitt 2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5, 6, 7.1
<input type="checkbox"/>	Namens- oder Adressänderung der Bewilligungsinhaberin (juristische Person)	Abschnitt 2, 4.1, 4.2, 6, 7.1
<input type="checkbox"/>	Namensänderung der öffentlichen Apotheke	Abschnitt 2, 6
<input type="checkbox"/>	Erweiterung (z.B. Antrag auf die Herstellungsbewilligung)	Abschnitt 2, 5, 6
<input type="checkbox"/>	Einschränkung (z.B. Verzicht auf die Herstellungsbewilligung)	Abschnitt 2, 5, 6

<sup>1</sup> Die Betriebsbewilligung im Sinne von § 35 des Gesundheitsgesetzes wird falls zutreffend gleichzeitig mit der Detailhandelsbewilligung erteilt

<sup>2</sup> Die Detailhandelsgeschäfte können der Kantonalen Heilmittelkontrolle die Pläne zur vorgängigen Prüfung vorlegen (Heilmittelverordnung § 17 Abs. 3).

<sup>3</sup> Bei einem Wechsel der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers muss eine neue Detailhandels- Betriebs- und Herstellungsbewilligung ausgestellt werden.

Hinweis:

Alle relevanten gesetzlichen Bestimmungen sowie auch dieses Gesuchsformular finden Sie auf unserer Homepage [www.heilmittelkontrolle-zh.ch](http://www.heilmittelkontrolle-zh.ch)

## 2. Angaben zum Betriebsstandort

Name der öffentlichen Apotheke \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Fax-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

GLN-Code (EAN) der Apotheke \_\_\_\_\_

BUR-Nr.<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

Web-Adresse \_\_\_\_\_

Öffnungszeiten \_\_\_\_\_

## 3. Angaben zur verantwortlichen Person<sup>5</sup>

### 3.1 Bisherige verantwortliche Person

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

GLN-Code (EAN) der Person \_\_\_\_\_

### 3.2 Neue verantwortliche Person

Name Vorname Titel \_\_\_\_\_

GLN-Code (EAN) der Person \_\_\_\_\_

Besitzt die neue verantwortliche Person eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung als Apothekerin bzw. Apotheker im Kanton Zürich? Ja  Nein

Falls Nein: Bitte Gesuch um selbstständige Berufsausübung als Apothekerin bzw. Apotheker bei der Kantonalen Heilmittelkontrolle Zürich mittels entsprechendem Formular und zusammen mit den relevanten Unterlagen einreichen. Das Gesuchformular kann unter [www.heilmittelkontrolle-zh.ch](http://www.heilmittelkontrolle-zh.ch) heruntergeladen werden.

### Der Wechsel der verantwortlichen Person findet statt per:

Datum: \_\_\_\_\_

Es werden sämtliche unselbstständig tätigen Apothekerinnen und Apotheker von der neuen selbstständig tätigen Person übernommen Ja  Nein

Falls Nein,  
bitte genauere Angaben: \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> BUR = Betriebs- und Unternehmensregister des Bundesamtes für Statistik

<sup>5</sup> Diese Person wird, wenn der Inhaber, die Inhaberin eine juristische Person ist, als das für die Einhaltung der gesundheitspolizeilichen Vorschriften bezeichnete Mitglied der gesamtverantwortlichen Leitung angesehen (im Sinne von § 36 Bst. d des Gesundheitsgesetzes).

#### 4. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber

##### 4.1 bisherige Inhaberin bzw. bisheriger Inhaber

Rechtsnatur *Personengesellschaft* *Juristische Person*  
 Einzelunternehmung  Aktiengesellschaft  
 Kollektivgesellschaft  Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
 Kommanditgesellschaft

Firma bzw. Name Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

##### 4.2 neue Inhaberin bzw. neuer Inhaber

Rechtsnatur *Personengesellschaft* *Juristische Person*  
 Einzelunternehmung  Aktiengesellschaft  
 Kollektivgesellschaft  Gesellschaft mit beschränkter Haftung  
 Kommanditgesellschaft

Firma bzw. Name Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postfach \_\_\_\_\_

PLZ Ort \_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

#### 5. Tätigkeiten

- |   |    |                          |      |                          |
|---|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 1. Betrieb einer Apotheke <b>nicht</b> auf den Namen und auf die Rechnung der Inhaberin oder des Inhabers <b>einer persönlichen Berufsausübungsbewilligung</b><br>(d.h. die Inhaberin oder der Inhaber ist eine Juristische Person) | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 2. Detailhandel mit Arzneimitteln   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 3. Herstellung von Arzneimitteln  |    |                          |      |                          |
| Herstellung von Arzneimitteln nach Formula magistralis (Art. 9 Abs 2 Bst a HMG)   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Herstellung von Arzneimitteln nach Formula officinalis (Art. 9 Abs 2 Bst b HMG)   | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Herstellung von Arzneimitteln nach eigener Formel (Art. 9 Abs 2 Bst c HMG)  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| Herstellung von Arzneimitteln als Lohnauftraggeber  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |
| 4. Chemikalien  |    |                          |      |                          |
| Lagerung und/oder Konfektionierung von Chemikalien  | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein | <input type="checkbox"/> |

