



Krankenanstalt (Spital), Gesuch um Bewilligung zum Umgang mit kontrollierten Substanzen (Betäubungsmittel)

→ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Grund des Gesuches

	Was ist auszufüllen?
Ersterteilung	Abschnitt 2, 3.1, 4.1, 5, 6
Erneuerung	Abschnitt 2, 3.1, 4.1, 5, 6
Wechsel der verantwortlichen Person	Abschnitt 2, 3.1, 3.2, 5, 6
Wechsel der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers	Abschnitt 2, 3.1, 3.2, 4.1, 4.2, 5, 6
Namens- oder Adressänderung der Bewilligungsinhaberin	Abschnitt 2, 4.1, 4.2, 5, 6
Adressänderung des Betriebes	Abschnitt 2, 6
Namensänderung des Betriebes	Abschnitt 2, 6

Tätigkeitsaufnahme- bzw. Mutationsdatum bitte bei Abschnitt 5 vermerken.

Gesetzliche Hinweise:

Art. 14 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Betäubungsmittel und die psychotropen Stoffe (Betäubungsmittelgesetz, BetmG)

Krankenanstalten können von der zuständigen kantonalen Behörde die Bewilligung erhalten, Betäubungsmittel nach Massgabe des Bedarfs ihres Betriebes zu beziehen, zu lagern und zu verwenden, sofern für die Lagerung und die Verwendung eine der in Artikel 9 genannten Personen verantwortlich ist.

Art. 5 Abs. 1 der Verordnung über die Betäubungsmittelkontrolle (Betäubungsmittelkontrollverordnung, BetmKV)

Die Betriebsbewilligung für den Umgang mit kontrollierten Substanzen der Verzeichnisse a, b, c und f und mit zugelassenen Arzneimitteln, die kontrollierte Substanzen des Verzeichnisses d enthalten wird gemäss Buchstabe b den Apotheken, Spitätern und wissenschaftlichen Instituten sowie kantonalen und kommunalen Behörden vom Kanton erteilt.

Alle weiteren relevanten gesetzlichen Bestimmungen, sowie auch dieses Gesuchsformular finden Sie auf unserer Homepage: www.heilmittelkontrolle.zh.ch

Die Bearbeitung des Gesuches kann bis zu 20 Arbeitstage in Anspruch nehmen.



2. Angaben zum Betriebsstandort

Name des Betriebes _____

Adresse _____

Postleitzahl, Ort _____

Tel-Nr. _____

Fax-Nr. _____

E-Mail _____

GLN Betrieb _____

Web-Adresse _____

3. Angaben zur verantwortlichen Person

3.1 bisherige verantwortliche Person

Name, Vorname, Titel _____

Beruf _____

Funktion im Betrieb _____

GLN Person _____

3.2 neue verantwortliche Person

Name, Vorname, Titel _____

Beruf _____

Funktion im Betrieb _____

GLN Person _____

Besitzt die neue verantwortliche Person eine Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung als Medizinalperson (Ärztin, Arzt, Apothekerin, Apotheker) im Kanton Zürich? Ja Nein

Falls Nein:

Ärztin, Arzt: Bitte Gesuch um selbstständige Berufsausübung als Ärztin bzw. als Arzt beim Kantonsärztlichen Dienst einreichen.
(Formulare unter: www.gd.zh.ch/)

Apothekerin, Apotheker: 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 heruntergeladen werden.



4. Angaben zur Inhaberin bzw. zum Inhaber

4.1 bisherige Inhaberin bzw. bisheriger Inhaber

Rechtsnatur	Personengesellschaft	Juristische Person	Übrige
	Einzelunternehmung Kollektivgesellschaft Kommanditgesellschaft	Aktiengesellschaft (AG) Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) Stiftung Verein Genossenschaft	Öffentlich recht. Anstalt Verwaltungseinheit

Firma bzw. Institution

Adresse

Postfach

PLZ, Ort

Tel-Nr.

4.2 neue Inhaberin bzw. neuer Inhaber

Rechtsnatur	Personengesellschaft	Juristische Person	Übrige
	Einzelunternehmung Kollektivgesellschaft Kommanditgesellschaft	Aktiengesellschaft (AG) Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) Stiftung Verein Genossenschaft	Öffentlich recht. Anstalt Verwaltungseinheit

Firma bzw. Institution

Adresse

Postfach

PLZ, Ort

Tel-Nr.



5. Beilagen

- | | | |
|-----|--|------------------------------------|
| 5.1 | Aktueller und vollständiger Handelsregisterauszug | Original |
| 5.2 | Berufsausweis(e) der verantwortlichen Person (inkl. Allfällige Belege über Titel, z.B. Dr.) | Kopie |
| 5.3 | Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (Schweizerisches Strafregister, Dienst für Auszüge an Privatpersonen, Bundesrain 20, 3003 Bern; online unter www.bj.admin.ch) | Original, nicht älter als 3 Monate |

Bemerkungen:

6. Rechtskonforme Unterschrift

Die/der Unterzeichnende bestätigt, diese Gesuchsunterlagen vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Name, Vorname: _____ Funktion: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Das Gesuch ist im **Original** zu senden an: Kantonale Heilmittelkontrolle Zürich
Haldenbachstrasse 12
8006 Zürich

Für Rückfragen: Telefon: +41 43 258 61 00
E-Mail: heilmittelkontrolle@khz.zh.ch