Kanton Zürich
Kantonale Heilmittelkontrolle

Gesuch

FRM-40318D

Apothekerin oder Apotheker, Gesuch um Beschäftigung einer Praktikantin / eines Praktikanten

1. Allgemeines

Pharmazie-Studentinnen und Pharmazie-Studenten dürfen als unselbständig tätige Praktikantinnen und Praktikanten beschäftigt werden, wenn sie

a. an einer eidgenössischen oder einer gleichwertigen ausländischen Hochschule einen Bachelorabschluss erlangt haben,
b. für den betreffenden Masterstudiengang immatrikuliert sind und
c. seit der Immatrikulation für den Masterstudiengang mindestens 50 Kreditpunkte geleistet haben.

Die Beschäftigung einer Praktikantin / eines Praktikanten **während längstens acht innerhalb von zwölf Monaten ist ohne Bewilligung zulässig**.

Längerdauernde Praktika bedürfen der **Bewilligung** der Kantonalen Heilmittelkontrolle. Die Bewilligung wird längstens für ein Jahr erteilt. Sie kann aus wichtigen Gründen verlängert werden. Die Bewilligungsinhaberin bzw. der Bewilligungsinhaber (Inhaberin bzw. Inhaber der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübungsbewilligung) trägt die Verantwortung für die pharmazeutische Tätigkeit der Praktikantin bzw. des Praktikanten in der öffentlichen Apotheke. Studierende eines Pharmazeutischen Studiums dürfen **nur unter ständiger Aufsicht** der Bewilligungsinhaberin bzw. des Bewilligungsinhabers pharmazeutisch in der öffentlichen Apotheke tätig sein.

Die Arbeitsaufnahme ist erst nach Vorliegen der entsprechenden Bewilligung gestattet.

Hinweis:
Alle relevanten Merkblätter und 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. Inhaberin / Inhaber der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübungsbewilligung

Name, Vorname _____

Name der Apotheke _____

Adresse der Apotheke _____

Telefon _____

3. Angaben zur Praktikantin / zum Praktikanten

3.1 Personalien

Name _____

Frühere Name(n) _____

Vorname _____

Geschlecht ○ m ○ w

Geburtsdatum _____

3.2 Bachelor

Universität Ort/Land _____

Bachelor-Datum _____

Für Masterstudiengang immatrikuliert seit _____

Anzahl Kreditpunkte Masterstudiengang _____

4. Angaben zur Tätigkeit der Praktikantin / des Praktikanten

Datum der Tätigkeitsaufnahme _____

Dauer des Praktikums _____

5. Bestätigung

Der/die Bewilligungsinhaber(in) bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und Datum: Unterschrift:

Das Formular 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