



Apothekerin oder Apotheker, Gesuch um Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung

→ zutreffendes bitte ankreuzen

1. Grund des Gesuches

		Was ist auszufüllen?	Beilagen / Bemerkung
<input type="checkbox"/>	Erstmalige Erteilung	Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	Sämtliche zutreffenden Unterlagen gemäss Ziff. 5
<input type="checkbox"/>	Ordentliche Bewilligungserneuerung nach 10 Jahren für maximal weitere 10 Jahre (resp. bis zum Erreichen des 70. Altersjahres).	Ziff. 2.1 Personalien Ziff. 2.2 Wohnadresse Ziff. 3 Ort der Berufsausübung Ziff. 5 Beilagen Ziff. 7 Unterschrift	Nachweis der Erfüllung der Berufspflichten (Fortbildungspflicht, Berufshaftpflicht) gemäss separatem Schreiben. Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/>	Bewilligungserneuerung bei Alter 70 plus (max. 3 Jahre)	Ziff. 2.1 Personalien Ziff. 2.2 Wohnadresse Ziff. 3 Ort der Berufsausübung Ziff. 5 Beilagen Ziff. 7 Unterschrift	Nachweis der Erfüllung der Berufspflichten (Fortbildungspflicht, Berufshaftpflicht) gemäss separatem Schreiben. Ärztliches Zeugnis betreffend Gesundheitszustand (sep. Formular). Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/>	Vornahme von Impfungen im Sinne von § 24 Abs. 3 Satz 2 MedBV	Ziff. 2.1 Personalien Ziff. 2.2 Wohnadresse Ziff. 7 Unterschrift	Nachweis der genügenden fachlichen Aus- oder Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Änderung des Namens	Ziff. 2.1 Personalien Ziff. 7 Unterschrift	Nachweis der Namensänderung (Kopie Eheschein)
<input type="checkbox"/>	Änderung der Wohnadresse	Ziff. 2.1 Personalien Ziff. 2.2 Wohnadresse Ziff. 7 Unterschrift	Kann auch ohne dieses Gesuchsformular per E-Mail der Kantonalen Heilmittelkontrolle Zürich mitgeteilt werden.

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

Hinweis:
Dieses Gesuchsformular sowie alle relevanten gesetzlichen Bestimmungen und ein Merkblatt über die Berufsausübung in eigener fachlichen Verantwortung finden Sie auf unserer Homepage: www.heilmittelkontrolle.zh.ch



2. Angaben zur Person

2.1 Personalien

Name

Frühere Name(n)

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m / w

Bürgerort(e)/Kanton
(bei Ausländern: Geburtsort/-land)

Staatsangehörigkeit

AHV-Nr.

GLN-Nr.

2.2 Wohnadresse

Strasse

Postleitzahl/Ort/Land

Telefon Privat

Telefon Mobil

E-Mail

2.3 Apotheker-Diplom

Ausstellung Ort/Staat

Ausstellungsdatum

2.4 Akademischer Titel (Doktorat o.ä)

Bezeichnung

Ausstellungsdatum

2.5 Weiterbildungstitel

Fachrichtung

Ausstellende Stelle/Ort/Staat

Ausstellungsdatum



3. Angaben zum Ort der Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung ¹

Name der Apotheke

Adresse

Postleitzahl, Ort

Sind Sie die fachlich gesamtverantwortliche Person der Apotheke? Ja Nein

4. Angaben zur bisherigen Berufstätigkeit

1. Verfügen Sie schon über eine Bewilligung der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung in einem oder mehreren anderen Kantonen/Staaten? Ja Nein
2. Haben Sie schon in einem anderen Kanton/Staat als fachlich gesamtverantwortliche Person in einer öffentlichen Apotheke gearbeitet? Ja Nein
3. Haben Sie bis zu diesem Datum schon in einem anderen Kanton/Staat ein Gesuch um eine Berufsausübungsbewilligung gestellt, ohne dass es bis jetzt zu einer Bewilligungserteilung gekommen ist? Ja* Nein
4. Wurde Ihnen in einem anderen Kanton/Staat die Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung verweigert oder entzogen? Ja* Nein
5. Laufen Verfahren gegen Sie in einem anderen Kanton/Staat (aufsichts-, standes- oder kassenrechtliche Verfahren, Strafverfahren, Haftpflicht- oder Zivilverfahren mit Bezug auf die berufliche Tätigkeit)? Ja* Nein

* Wurde eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet, sind genauere Angaben zu machen (z.B. unter Kapitel 6. Bemerkungen oder mittels schriftlicher Begründung). Dem Gesuch sind zudem die entsprechenden Akten beizulegen.

¹ Wird die Berufsausübung an mehreren Standorten im Kanton Zürich ausgeübt, bitten wir Sie uns Ihre weiteren Standorte unter Kapitel 6 Bemerkungen anzugeben.



5. Beilagen

Fachliche Voraussetzungen (Art. 36 Abs. 1, 2 MedBG)

- Eidgenössisches Apothekerdiplom Kopie
- Ausländisches Apothekerdiplom und Kopie²
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Apothekerdip-
loms (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Ausbildung, 3003 Bern,
Tel. +41 58 462 94 83, E-Mail MEBEKO-Ausbildung@bag.admin.ch,
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe.html>) Kopie
- Nachweis der notwendigen Sprachkenntnisse in Deutsch (falls
keine Eintragung der deutschen Sprachkenntnisse im Medreg) Kopie
- Eidgenössischer Weiterbildungstitel (bei Ersterteilung) Kopie
- Ausländischer Weiterbildungstitel (bei Ersterteilung) und Kopie²
 - Anerkennungsbestätigung des ausländischen Weiterbil-
dungstitel (Bundesamt für Gesundheit, MEBEKO Ressort Weiterbildung,
3003 Bern, Tel. +41 58 462 94 83, E-Mail MEBEKO-
Weiterbildung@bag.admin.ch
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe/weiterbildungstitel-der-medizinalberufe-aus-staaten-der-eu-efta.html> bzw. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/berufe-im-gesundheitswesen/auslaendische-abschluesse-gesundheitsberufe/weiterbildungstitel-der-medizinalberufe-ausserhalb-eu-efta.html>) Kopie
- Diplome betreffend akademische Titel (z.B. Doktordiplom) Kopie²

Fachliche Voraussetzungen Impfen (§ 24 Abs. 4 MedBV)

- Fähigkeitsausweis FPH „Impfen und Blutentnahme“ oder gleich-
wertiger Abschluss Kopie

Persönliche Voraussetzungen (Art. 36 Abs. 1 Bst. b MedBG)

- Handlungsfähigkeitszeugnis (bei Wohnsitz in CH, das Zeugnis
wird in der Regel von Ihrer Wohngemeinde ausgestellt) Original, nicht
älter als 3 Monate
- Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (online unter
www.strafregister.admin.ch oder am Postschalter) Original, nicht
älter als 3 Monate
- bei Zuzug aus dem Ausland:
Strafregisterauszüge/polizeiliche Führungszeugnisse früherer
Wohnsitz- oder Aufenthaltsstaaten (der letzten 10 Jahre) Original, nicht
älter als 3 Monate
oder amtlich be-
glaubigte Kopien²

² Bei ausländischen, nicht in einer Amtssprache der Schweiz oder in Englisch abgefassten Do-
kumenten ist zusätzlich eine amtlich beglaubigte Übersetzung in die deutsche Sprache nötig.



Fachlich eigenverantwortliche Berufsausübung in anderen Kantonen/Staaten

- Berufsausübungsbewilligung(en) Kopie(n)²
- Unbedenklichkeitserklärung(en) (Certificate of good standing) der zuständigen kantonalen Gesundheitsbehörde(n) oder der für die Approbationskontrolle zuständigen staatlichen Gesundheitsbehörde(n) (z.B. Landes-Regierungsamt, Landes-Gesundheitsamt) Original(e), nicht älter als 3 Monate²

(Liegt eine gültige, fachlich eigenverantwortliche Berufsausübungsbewilligung eines anderen Kantons vor, wird auf die Einholung eines Handlungsfähigkeitszeugnisses und eines Strafregisterauszuges verzichtet.)

6. Bemerkungen

7. Bestätigung

Die/der Unterzeichnende bestätigt, dieses Formular vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt zu haben.

Ort und 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