



Apothekerin oder Apotheker, Gesuch um Bewilligung zur Beschäftigung einer unter Aufsicht tätigen Medizinalperson

→ Bitte Zutreffendes ankreuzen

1. Grund des Gesuches

		Was ist auszufüllen?	Beilagen
<input type="checkbox"/>	Neueinstellung einer unter Aufsicht tätigen Person	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Sämtliche Unterlagen gemäss Ziff. 5
<input type="checkbox"/>	Erneuerung der Bewilligung	- Vollständig ausgefülltes Gesuchsformular	- Strafregisterauszug (Original, nicht älter als 3 Monate)
<input type="checkbox"/>	Vornahme von Impfungen im Sinne von § 24 Abs. 3 Satz 2 MedBV	- Ziff. 2 Inhaberin / Inhaber der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübungsbewilligung - Ziff. 3 Persönliche Angaben - Ziff. 6 Unterschriften	- Nachweis der genügenden fachlichen Aus- oder Weiterbildung
<input type="checkbox"/>	Änderung der persönlichen Angaben der unter Aufsicht tätigen Person (Name, Wohnadresse)	- Ziff. 3 Persönliche Angaben - Ziff. 6 Unterschriften	

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

Hinweis:

Alle relevanten gesetzlichen Bestimmungen finden Sie auf unserer Homepage:

www.heilmittelkontrolle.zh.ch



2. Inhaberin / Inhaber der fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübungsbewilligung

Name, ggf. Titel _____
Vorname _____
Name der Apotheke _____
Adresse _____
Postleitzahl, Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

3. Persönliche Angaben der unter Aufsicht tätigen Medizinalperson

3.1 Personalien

Name, ggf. Titel _____
Frühere Name(n) _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht m / w
Bürgerort(e)/Kanton _____
Staatsangehörigkeit _____
GLN-Nr. _____

3.2 Wohnadresse

Strasse _____
Postleitzahl/Ort/Land _____

4. Angaben zur Tätigkeit

Datum der Tätigkeitsaufnahme _____
Anstellungsprozente _____
Dauer unbefristet befristet bis (Datum) _____

Die Beendigung der Tätigkeit ist unverzüglich der Kantonalen Heilmittelkontrolle Zürich mitzuteilen.



5. Beilagen

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> | Eidgenössisches Apothekerdiplom | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Ausländisches Apothekerdiplom und | Kopie ¹ |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | Eidgenössischer Weiterbildungstitel (falls vorhanden) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Ausländischer Weiterbildungstitel (falls vorhanden) und | Kopie ¹ |
| <input type="checkbox"/> | 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 |
| <input type="checkbox"/> | Diplome betreffend akademische Titel (z.B. Doktordiplom) | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Fähigkeitsausweis FPH „Impfen und Blutentnahme“ oder gleich-
wertiger Abschluss | Kopie |
| <input type="checkbox"/> | Auszug aus dem Schweizerischen Strafregister (online unter
www.strafregister.admin.ch oder am Postschalter) | Original, nicht
älter als 3 Monate |
| <input type="checkbox"/> | 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 Kopien ¹ |

¹ 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.



6. Bestätigungen

Dieses Formular wurde vollständig und wahrheitsgemäss ausgefüllt:

Ort und Datum: _____ Unterschrift der fachlich eigenverantwortlichen Person: _____

Ort und Datum: _____ Unterschrift der unter Aufsicht tätigen Person: _____

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

Für Rückfragen:
E-Mail: heilmittelkontrolle@khz.zh.ch

Telefon: +41 43 258 61 00