

## Erforderliche Unterlagen zur Anzeige einer neuen Filialapothekenleitung

Die Antragsunterlagen sind **spätestens 2 Wochen** vor dem beabsichtigten Wechsel **vollständig** bei der **Amtsapothekerin des Rheinisch Bergischen Kreises – Gesundheitsamt, Am Rübezahlwald 7, 51469 Bergisch Gladbach**, einzureichen. Anderenfalls ist mit entsprechender Verzögerung zu rechnen.

1. Formlose, unterschriebene **Anzeige** über den Wechsel der Filialleitung
2. **Lebenslauf** der Filialapothekenleitung (tabellarisch)
3. **Approbationsurkunde** der Filialapothekenleitung in aktueller, amtlich beglaubigter Fotokopie (nicht älter als drei Monate)
4. **Beschäftigungsnachweis** durch den Arbeitgeber über die pharmazeutische Tätigkeit der letzten 12 Monate mit Angabe der Wochenarbeitsstunden (keine Arbeitsverträge) (Voraussetzung Halbtags­tätigkeit = mind. 20 Wochenstunden)
5. **Arbeitsvertrag** zwischen der Filialapothekenleitung und dem Betriebsinhaber / der Betriebsinhaberin (Antragsteller / Antragstellerin) mit Angabe sämtlicher Vertragsbedingungen, mit Angabe der wöchentlichen Arbeitszeit und unter besonderer Berücksichtigung der Rechte und Pflichten der Filialapothekenleitung. Die wöchentliche Arbeitszeit der Filialapothekenleitung muss mindestens die Hälfte der wöchentlichen Öffnungszeit der Apotheke betragen, mindestens jedoch 20 Wochenstunden.
6. Amtliches **Führungszeugnis** (Belegart **O**) der Filialapothekenleitung, das bei Genehmigung nicht älter als 3 Monate sein darf. Als Verwendungszweck soll angegeben werden: Gesundheitsamt-Filialapothekenleitung
7. **Bescheinigung der Apothekerkammer** zur Zuverlässigkeit der Filialapothekenleitung für das Betreiben einer Filialapotheke (Original)
8. Nachweis der Filialapothekenleitung, dass die Antragstellerin oder der Antragsteller "*nicht wegen eines körperlichen Gebrechens, wegen Schwäche seiner / ihrer geistigen oder körperlichen Kräfte oder wegen einer Sucht zur Leitung einer Apotheke unfähig oder ungeeignet*" ist. Diese **ärztliche Bescheinigung** darf nicht älter als sechs Monate sein. (im Original)
9. **Schriftliche Erklärungen der Filialleitung gemäß § 2 Apothekengesetz** (Anlage III a beifügen)

Bei Fragen wenden Sie sich bitte per E-Mail an [apothekenaufsicht@rbk-online.de](mailto:apothekenaufsicht@rbk-online.de)

**Erklärung Filialapotheker/Filialapothekerin**

Als benannte verantwortliche Leiterin / als benannter verantwortlicher Leiter der

.....  
(Apothekename und -adresse)

gebe ich .....  
(Name und Vorname Filialleitung in Druckbuchstaben)

folgende Erklärungen gemäß § 2 Apothekengesetz ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsgerichtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union (EU) oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekerberufs ist mir nicht untersagt (§ 2 Abs.1 Nr. 4 ApoG).
3. Ich bin nicht im Besitz einer Erlaubnis für eine andere Apotheke in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.

4.  Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:

.....

5. Außer dem vorgelegten Arbeitsvertrag bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Filialapotheke in Zusammenhang stehen (z.B. Treuhandverträge, Beraterverträge, Gesellschaftsverträge).
6. Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises –Gesundheitsamt – anzuzeigen (§ 2 Abs. 1 Nr. 8 ApoG).

Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine erteilte Genehmigung zurückgenommen werden muss, wenn diese Erklärung inhaltlich unzutreffend ist und wenn ich mich bei meiner Berufsausübung für die Leitung der Filialapotheke als unzuverlässig erwiesen habe.

Ferner ist mir bewusst, dass eine erteilte Genehmigung auch dann widerrufen werden kann, wenn nachträglich Vereinbarungen getroffen werden sollten, die gegen § 8 Satz 2, § 10 oder § 11 Abs. 1 Apothekengesetz verstoßen.

Ich bin damit einverstanden, dass der Landrat des Rheinisch-Bergischen Kreises – Gesundheitsamt– meine Daten verarbeitet und sie zur Erfüllung der im Zuständigkeitsbereich des Amtsapothekers liegenden Aufgaben benutzt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Filialapotheker/Filialapothekerin (Vor- und Nachname)