



Bewilligungsgesuch

zum Führen einer öffentlichen Apotheke, Spitalapotheke, Drogerie

Betriebstyp

☐ Öffentliche Apotheke

☐ Spitalapotheke

☐ Drogerie

1. Grund des Gesuches

☐ Ersterteilung / Neuerteilung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
☐ Erneuerung der Bewilligung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
☐ Übernahme / Wechsel Bewilligungsinhaber ☐ Änderung Adresse Bewilligungsinhaber	ab Datum: Bitte 2. 3. und 7.ausfüllen.
☐ Wechsel des Betriebsstandortes / Umzug	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
☐ Wechsel fachtechnisch verantwortliche Person	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
☐ Umbau: ☐ Namenswechsel: ☐ andere:	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.

2. Angaben Inhaber / Trägerschaft

2.1 Inhaber neu

Name der Trägerschaft: (gemäss Handelsregistereintrag)	
Rechtsform:	
Kontaktperson:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	E- Mail:
Web-Adresse:	

2.2 Inhaber bisher

Name der Trägerschaft: (gemäss Handelsregistereintrag)
Strasse, Hausnummer:
PLZ, Ort:

3. Angaben zum Standort

3.1 Standort neu

Betriebsname:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel. Nr.:	E-Mail:
Web-Adresse:	GLN:

3.2 Standort bisher

Betriebsname:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel-Nr.:	E-Mail:

4. Angaben zur fvP**4.1 fvP neu**

Titel, Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Telefonnummer:	E-Mail:
Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug vom:	

4.2 fvP bisher

Titel, Name, Vorname:

5. Tätigkeiten am Standort**5.1 Herstellung von Arzneimitteln**

Herstellung von Arzneimitteln nach Formula Magistralis	☐ ja	☐ nein
Herstellung von Arzneimitteln nach Formula Officinalis	☐ ja	☐ nein
Herstellung von Arzneimitteln nach eigener Formel	☐ ja	☐ nein
Herstellung von Arzneimitteln nach Formula Hospitalis	☐ ja	☐ nein
Herstellung als Lohnauftraggeber	☐ ja	☐ nein
Herstellung als Lohnauftragnehmer	☐ ja	☐ nein

5.2 Richten von Dosiersystemen (bei öffentlichen und Spitalapotheken)

Richten von Wochendosiersystemen	☐ für eigene Patienten	☐ als Lohnauftragnehmer
----------------------------------	---	--

5.3 Versandhandel (bei öffentlichen Apotheken)

Versandhandel mit Arzneimitteln in der Schweiz	☐ ja	☐ nein
--	-----------------------------	-------------------------------

6. Einzureichende Unterlagen

Pläne 1:50 im Doppel mit Zweckbezeichnung der Räumlichkeiten, Markierung der Lagerorte der Arzneimittel, des Arzneimittelkühlschranks.	☐ ja
Kopie des Qualitätssicherungssystems (kann auch elektronisch erfolgen)	☐ ja

7. Unterschrift

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichneten Personen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben in diesem Dokument. Unrichtige Angaben haben Sanktionen zur Folge (§ 10 Abs. 1 Bst. b Gesundheitsgesetz [GesG, BGS 821.1]). Die fachtechnisch verantwortliche Person bestätigt zudem die Übernahme der Verantwortung für die Lagerung von und den Umgang mit Arzneimitteln im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

Ort/Datum	Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller bzw. die fachtechnisch verantwortliche Person
..... Name, Vorname in Druckschrift	(Stempel und eigenhändige Unterschrift)

Für die Trägerschaft der Institution folgende zeichnungsberechtigten Personen (rechtsgültige Unterschrift gemäss Handelsregister):	
Ort/Datum	
..... Name, Vorname in Druckschrift	(eigenhändige Unterschrift)

Das vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Formular ist mit den erforderlichen Beilagen bei der Pharmazeutischen Abteilung, Aegeristrasse 56, 6300 Zug, einzureichen. Für Fragen steht Ihnen die Pharmazeutische Abteilung (041 728 39 39) zur Verfügung.