



Bewilligungsgesuch

zum Führen einer betrieblichen Privatapotheke

Das Vorliegen einer Berufsausübungsbewilligung des Kantons Zug ist Voraussetzung zur Erteilung der Bewilligung.

1. Grund des Gesuches

☐ Ersterteilung / Neueröffnung	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 3. 5. 6. und 7. ausfüllen.
☐ Wechsel fachtechnisch verantwortliche Person	ab Datum: Bitte 3. 4. 5. 6. und 7. ausfüllen.
☐ Umbau: ☐ Namenswechsel: ☐ andere:	ab Datum: Bitte 3. 5. 6. und 7. 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)
Kontaktperson:
Strasse, Hausnummer:
PLZ, Ort:

3. Angaben zum Standort

3.1 Standort neu

Name:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel.-Nr.:	E-Mail:
Web-Adresse:	GLN:
Werden die Räumlichkeiten geteilt	☐ nein ☐ ja
Falls ja, mit wem	

3.2 Standort bisher

Name:
Strasse, Hausnummer:
PLZ, Ort:

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

5.1 Arzneimittelsortiment

Betäubungsmittel (Kontrollierte Substanzen Verzeichnis a und/oder b)	☐ ja	☐ nein
Kühlschrankpflichtige Arzneimittel	☐ ja	☐ nein
Sonstige (z. B Zytostatika)	☐ ja	☐ nein

5.1 Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten

Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten vor Ort	☐ ja	☐ nein
--	-----------------------------	-------------------------------

6. Einzureichende Unterlagen

Pläne 1:50 im Doppel mit Zweckbezeichnung der Räumlichkeiten, Markierung der Lagerorte der Arzneimittel, des Arzneimittelkühlschranks, der Einteilungs-Zonen im Sterilisationsraum.	☐ ja	☐ nein
Kopie des Qualitätssicherungssystems (kann auch elektronisch erfolgen)	☐ ja	☐ nein
Kopie der Berufsausübungsbewilligung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug	☐ ja	☐ nein

7. Unterschrift

Mit ihrer Unterschrift bestätigen die unterzeichnenden 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 Name, Vorname in Druckschrift	Die Gesuchstellerin / der Gesuchsteller bzw. die fachtechnisch verantwortliche Person (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.