



Bewilligungsgesuch

zum Führen einer Apotheke in einem Heim oder einer anderen Einrichtung

Betriebstyp

☐ Heim

☐ Institution

☐ andere Einrichtung

.....

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 8. 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 3. 6. 7. und 8. ausfüllen.

2. Angaben Inhaber / Trägerschaft

2.1 Inhaber neu

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

2.2 Inhaber bisher

Name der Trägerschaft:	
Rechtsform:	
Kontaktperson:	
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. Konsiliarapotheker/in (Konsiliarische Betreuung)

Name, Vorname, Titel

6. Tätigkeiten**6.1 Arzneimittelsortiment**

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

6.2 Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten

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

6.3 Richten von Dosiersystemen

Richten von Wochendosiersystemen (Dosettes)	☐ intern	☐ extern
---	---------------------------------	---------------------------------

7. Einzureichende Unterlagen

Pläne 1:50 im Doppel mit Zweckbezeichnung der Räumlichkeiten, Markierung der Lagerorte der Arzneimittel, des Arzneimittelschanks, 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

8. 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	Fachtechnisch verantwortliche Person: (eigenhändige Unterschrift)
--	--

Für die Trägerschaft der Institution folgende zeichnungsberechtigten Personen:	
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.