

GESUCH

um **Erteilung / Mutation der Bewilligung zum Betrieb einer öffentlichen Apotheke** im Kanton Basel-Landschaft gemäss Gesundheitsgesetz vom 21. Februar 2008

Grund des Gesuches (Zutreffendes bitte ankreuzen):	Mit dem Gesuch einzureichen:
<input type="checkbox"/> Neueröffnung des Betriebes	Beilage 1
<input type="checkbox"/> Änderung des Betriebsstandorts	Beilage 1
<input type="checkbox"/> Änderung der fachtechnisch verantwortlichen Person (fvP; verantwortliche Führung des Betriebes)	Beilage 1
<input type="checkbox"/> Änderung von Angaben zum Betrieb (z. B. Änderung der Eigentumsverhältnisse, der Rechtsform oder der Betriebsbezeichnung)	Beilage 1
<input type="checkbox"/> Änderung von Angaben zur fvP (z.B. Name)	Beilage 2
<input type="checkbox"/> Bewilligung zur Durchführung von Impfungen in der Apotheke	Seite 2 ausgefüllt

Gewünschtes Gültigkeitsdatum der neuen / mutierten Bewilligung (TT.MM.JJ):

Angaben zum Betrieb:

Name:

Betriebsadresse (Strasse / Nr. / Ort):

Tel.-Nr.: Fax-Nr.:

E-Mail: Internet-Link:

Angaben zur fachtechnisch verantwortlichen Person (fvP):
(Eine Betriebsbewilligung kann nur Personen mit aktueller Bewilligung zur selbständigen Ausübung des Apothekerberufes erteilt werden)

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Funktionsbezeichnung im Betrieb:

Beginn der Tätigkeit: Arbeitspensum:

Beilage 1: Handelsregisterauszug und, sofern die fvP nicht Eigentümer/-in des Betriebes ist, Vertrag, der ihr die fachliche und betriebliche Unabhängigkeit zusichert (vgl. § 10 AMV¹⁾)

Beilage 2: Amtliches Dokument als Beleg (z.B. Auszug Familienbuch, Eheregister)

Für die Erteilung der Zahlstellenregister(ZSR)-Nummer für die Abrechnung zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist mit Santésuisse in Luzern Kontakt aufzunehmen.

Die Überprüfung der arbeitsrechtlichen Situation von ausländischen Apothekerinnen / Apothekern bzw. das Einholen einer Arbeitsbewilligung ist Sache der Arbeitgeber.

Die / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie / er erklärt sich ferner mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen über die Tätigkeit in anderen Kantonen an den Kantonsapotheker einverstanden.

Ort, Datum: Unterschrift fvP:

**Bitte vollständiges Gesuch mindestens 2 Monate vor gewünschtem Bewilligungsdatum senden an:
Kantonsapotheker, Amt für Gesundheit, Bahnhofstrasse 5, Postfach, 4410 Liestal**

¹⁾ z.B.: "Die fvP ist Vorgesetzte des Apothekenpersonals. Dieses untersteht bei allen dienstlichen Verrichtungen ihrer direkten Weisungskompetenz. Bei der Ausübung des Berufs und bei der Führung der Apotheke in fachlicher und personeller Hinsicht nimmt die fvP keinerlei Weisungen von Dritten entgegen, die gegen Berufspflichten oder gesetzliche Bestimmungen verstossen. Der Eigentümer gewährleistet der fvP Unabhängigkeit und freie Meinungsäusserung in allen berufspolitischen Fragen."

Details zum Gesuch Bewilligung zur Durchführung von Impfungen in der Apotheke

Die fvP bestätigt, dass Impfungen in der von ihr geführten öffentlichen Apotheke nur dann durchgeführt werden, wenn die nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen erfüllt sind:

Voraussetzungen betreffend impfende Apothekerinnen und Apotheker

- Gültige Berufsausübungsbewilligung zur selbständigen Tätigkeit vorhanden, welche auch zur Durchführung von Impfungen berechtigt (falls noch nicht vorhanden, bitte mit separatem Formular beantragen) ja nein
- Gültiger Fähigkeitsausweises FPH „Impfen und Blutentnahme“ vorhanden, Fortbildungspflichten werden erfüllt ja nein
- Ausreichende Haftpflichtversicherung vorhanden, welche die Impftätigkeit einschliesst ja nein

Betriebliche Voraussetzungen in der öffentlichen Apotheke

- Abgetrennter und nicht einsehbarer Bereich mit Möglichkeit zur Lagerung der zu impfenden Person in liegender Position vorhanden ja nein
- Erforderliches Notfallequipment für die Behandlung anaphylaktischer Reaktionen steht zur Verfügung ja nein
- Schriftliches Konzept für den Ablauf der Impfungen besteht und wird umgesetzt (schriftl. Einverständnis nach umfassender Information und Abklärung allfälliger gesundheitlicher Einschränkungen) ja nein
- Schriftliches Konzept für das Vorgehen nach Ereignissen mit möglicher Übertragung einer Infektionskrankheit besteht und wird umgesetzt (inkl. vorgängiger Hepatitis B-Impfung der impfberechtigten Person) ja nein
- Sachgemässe Dokumentation der Impfungen gewährleistet (Patientendokumentation, Impfausweis, inkl. Chargennummer des Impfstoffes) ja nein
- Ausreichende Haftpflichtversicherung vorhanden, welche die Impftätigkeit einschliesst ja nein

Allfällige Erläuterungen zum Gesuch

Die / der Unterzeichnende bestätigt hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum: Unterschrift fvP: