



Bewilligungsgesuch

zum Führen einer Privatapotheke im eigenen Namen und auf eigene Rechnung

Art der Praxis

- Ärztin / Arzt
- Zahnärztin / Zahnarzt
- Chiropraktorin / Chiropraktor
- Tierärztin / Tierarzt
- Homöopathin / Homöopath
- Naturheilpraktikerin / Naturheilpraktiker
- andere

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

1. Grund des Gesuches

<input type="checkbox"/> Ersterteilung / Neueröffnung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Erneuerung der Bewilligung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Wechsel des Betriebsstandortes / Umzug	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Umbau <input type="checkbox"/> andere:	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.

2. Angaben zum Gesuchsteller bzw. fachtechnisch verantwortliche Person

2.1 neu/aktuell

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

2.2 bisheriger Inhaber (falls Praxis übernommen)

Name, Vorname
Titel / Fachgebiet:

3. Angaben zum Standort

3.1 Standort neu

Name der Praxis:	
Strasse, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Tel-Nr.:	E-Mail:
Web-Adresse:	GLN:
Werden die Räumlichkeiten geteilt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Falls ja, mit wem	

3.2 Standort bisher

Name der Praxis:
Strasse, Hausnummer:
PLZ, Ort:

4. Tätigkeiten

4.1 Arzneimittelsortiment

Betäubungsmittel (Kontrollierte Substanzen Verzeichnis a und/oder b)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kühlschrankpflichtige Arzneimittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige (z. B Zytostatika)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

4.2 Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten

Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten vor Ort	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

5. Einzureichende Unterlagen

Pläne 1:50 im Doppel mit Zweckbezeichnung der Räumlichkeiten, Markierung der Lagerorte der Arzneimittel, des Arzneimittelkühlschranks, der Einteilungs-Zonen im Sterilisationsraum.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopie des Qualitätssicherungssystems (kann auch elektronisch erfolgen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopie der Berufsausübungsbewilligung der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

6. Unterschrift

Mit ihrer Unterschrift bestätigt die unterzeichnende Person 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 (Stempel und 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.