



Bewilligungsgesuch

zum Führen einer Apotheke in einem Heim oder einer anderen Einrichtung

Betriebstyp

Heim

Institution

andere Einrichtung

.....

1. Grund des Gesuches

<input type="checkbox"/> Ersterteilung / Neuerteilung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Erneuerung der Bewilligung	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Übernahme / Wechsel Bewilligungsinhaber <input type="checkbox"/> Änderung Adresse Bewilligungsinhaber	ab Datum: Bitte 2. 3. und 8. ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Wechsel des Betriebsstandortes / Umzug	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Wechsel fachtechnisch verantwortliche Person	ab Datum: Bitte alles ausfüllen.
<input type="checkbox"/> Umbau: <input type="checkbox"/> Namenswechsel: <input type="checkbox"/> 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)	<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

6.2 Wiederaufbereitung und Instandhaltung von Medizinprodukten

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

6.3 Richten von Dosiersystemen

Richten von Wochendosiersystemen (Dosettes)	<input type="checkbox"/> intern	<input type="checkbox"/> extern
---	---------------------------------	---------------------------------

7. 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

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	Fachtechnisch verantwortliche Person:
..... Name, Vorname in Druckschrift	(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.