

G E S U C H

für die Bewilligung zur **Ausübung des Apothekerberufes in eigener fachlicher Verantwortung** im Kanton Basel-Landschaft gemäss Art. 34 des eidg. Medizinalberufegesetzes (MedBG; [SR 811.11](#)) und §§ 7 ff. des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG; [SGS 901](#))

Name, Vorname:	<input type="text"/>		
Wohnadresse, PLZ, Ort:	<input type="text"/>		
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Tel.:	<input type="text"/>
Beginn der Tätigkeit:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>
Apotheke (Name & Adresse): falls bereits bekannt	<input type="text"/>		
Verfügen Sie über ein eidg. oder ein von der MEBEKO anerkanntes Apothekerdiplom (entsprechender Eintrag im eidg. Medizinalberuferegister vorhanden)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verfügen Sie über einen eidg. oder einen von der MEBEKO anerkannten Weiterbildungstitel in Offizin- oder Spitalpharmazie (entsprechender Eintrag im eidg. Medizinalberuferegister vorhanden)? Wenn nein, bitte Punkt 4 beachten.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist Deutsch Ihre Muttersprache?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sind Ihre Deutschkenntnisse im eidg. Medizinalberuferegister eingetragen? Falls Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist und weder Diplom noch Weiterbildungstitel im deutschen Sprachraum erworben wurden, muss der Eintrag der Sprachkenntnisse im MedReg beantragt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besitzen Sie eine Berufsausübungsbewilligung in einem anderen Kanton oder Land? Wenn ja, bitte Unterlagen gemäss Punkt 5 beilegen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wurde Ihnen die Ausübung des Berufes von der zuständigen Aufsichtsbehörde je untersagt oder eingeschränkt, oder ist ein Disziplinar- oder Strafverfahren gegen Sie hängig? Wenn ja, bitte auf separatem Blatt erläutern.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Angaben betreffend Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) Deklaration der Erfüllung der Kriterien gemäss Art. 40 KVV (SR 832.102):			
Sie setzen die Qualitätsanforderungen nach Artikel 58g KVV im Betrieb um (QMS, qualifiziertes Personal, Berichts- und Lernsystem, Meldung von unerwünschten Ereignissen, Teilnahme an nationalen Qualitätsmessungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein)
*) falls nein: keine Berechtigung zur Tätigkeit zulasten der OKP			

Mit diesem Gesuch einzureichende Unterlagen:

- Beruflicher Lebenslauf
- Aktuelle Wohnsitzbescheinigung der Wohngemeinde
- [Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister](#) (nicht älter als 3 Monate); ggf. **zusätzlich** entsprechende Auszüge aus allen Ländern, in welchen die gesuchstellende Person während der letzten 10 Jahre Wohnsitz hatte oder den Apothekerberuf ausübte.
- Kopie einer Berufsausübungsbewilligung beilegen, die zur selbständigen Tätigkeit berechtigt und am Stichtag 31.12.2017 (vor Inkrafttreten des revidierten MedBG) gültig war.

5. Ggf. Bewilligungskopien aller Kantone und Unbedenklichkeitserklärungen / Certificates of Good Standing (nicht älter als 3 Monate) durch die Aufsichtsbehörden der Kantone und Länder, in denen in den letzten 10 Jahren die bewilligungspflichtige Tätigkeit ausgeübt wurde.

Wir weisen darauf hin, dass die bewilligte Tätigkeit nur dann aufgenommen werden darf, wenn eine Berufshaftpflichtversicherung besteht (Versicherungssumme mindestens CHF 5 Mio.).

Für die Erteilung der Zahlstellenregister(ZSR)-Nummer für die Abrechnung zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung ist mit [SASIS AG Ressort ZSR 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 eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie / er erklärt sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch die Kantonsapothekerin einverstanden.

Ort, Datum:

Unterschrift:

**Bitte vollständiges Gesuch mindestens 1 Monat vor Beginn der Tätigkeit per Post senden an:
Amt für Gesundheit, Abteilung Heilmittel, Bahnhofstrasse 5, Postfach, 4410 Liestal**