**Vertrag betreffend Führung der Institutionsapotheke**

zwischen

**Name und vollständige Adresse der Institution**
(im Folgenden als Institution bezeichnet)

und

**Name, Vorname und vollständige Adresse der verantwortlichen Fachperson**(im Folgenden als fachtechnisch verantwortliche Person oder fvP bezeichnet)

# Zweck

Dieser Vertrag regelt die Zusammenarbeit der Institutionsleitung und der verantwortlichen Führung der Institutionsapotheke. Die im Positionspapier P 002 der Kantonsapothekervereinigung Nordwestschweiz festgelegten Grundsätze und Anforderungen sind integrierender Bestandteil des Vertrages.

1. **Gesetzliche Grundlagen**
* Kantonale Gesundheits- und Heilmittelgesetzgebung
* Heil- und Betäubungsmittelgesetzgebung des Bundes
* Schweizerisches Obligationenrecht
* Regeln der Guten Abgabepraxis für Heilmittel (GAP)
1. **Regelung der Verantwortlichkeiten**

**3.1. Verantwortlichkeiten / Stellung der fvP**

Die fachtechnisch verantwortliche Person, in der Regel eine Apothekerin oder ein Apotheker, übernimmt die verantwortliche Führung der Institutionsapotheke. Als fvP ist sie gegenüber der zuständigen Behörde verantwortlich für den fachgerechten und gesetzeskonformen Betrieb der Apotheke. Sie erstellt im Rahmen der Qualitätssicherung in der Institution die internen Regeln zur Handhabung der Medikamente und gibt diese abschliessend frei. Sie garantiert ihre Stellvertretung.

Die fvP untersteht in administrativer Hinsicht direkt der Institutionsleitung. Zur Wahrnehmung ihrer Pflichten und im Einvernehmen mit der Institutionsleitung ist sie in allen Fragen zum Medikamentenhandling gegenüber anderen Mitarbeitenden weisungsberechtigt.

**3.2. Bewilligungen**

a) Berufsausübungsbewilligung

Die Institution und die fvP gewährleisten, dass für die Tätigkeit eine gültige Berufsausübungsbewilligung vorliegt.

b) Bewilligung zum Betrieb der Institutionsapotheke

Die fvP stellt gemeinsam mit der Institutionsleitung sicher, dass die für die Erlangung einer Betriebsbewilligung erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie beantragt gemeinsam mit dieser die kantonale Betriebsbewilligung bzw. deren Verlängerung oder allfällige Änderungen entsprechend den kantonalen Gesetzesvorgaben.

**3.3. Zusicherung der fachlichen und betrieblichen Unabhängigkeit und Unterstützung**

Die Institution sichert der fvP die fachliche und betriebliche Unabhängigkeit in Bezug auf die Führung der Apotheke, den Umgang mit Arzneimitteln und die Organisation der Arbeitsabläufe zu. Sie garantiert ihre Unterstützung zur Erreichung der im Qualitätssicherungssystem und der Gesetzgebung vorgegebenen Ziele, der Arzneimittel- und Patientensicherheit mit adäquaten Mitteln.

Als Verantwortliche für die Einhaltung aller einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen nimmt die fvP keinerlei Weisungen entgegen, die gegen gesetzliche Bestimmungen oder die Berufspflichten verstossen.

1. **Pflichtenheft der Apothekerin / des Apothekers**

Die Aufgaben der fvP sind im Einzelnen im Pflichtenheft umschrieben, welches Bestandteil dieses Vertrages ist.

1. **Arbeitspensum und Stellvertretung**

Die Institution räumt der fvP die für die Erfüllung ihrer / seiner Pflichten erforderliche Zeit ein.

Die fvP soll gut erreichbar und entsprechend den Erfordernissen des Betriebes (Betriebsart, Betriebsgrösse) in der Regel wöchentlich in der Institution sein.

Vereinbartes Arbeitspensum: ….…% bzw .…….Std./Monat nach Aufwand [ ]

Regelung der Stellvertretung der / des fachtechnisch verantwortlichen Apothekerin / Apothekers:

………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Versicherungen**

Regelung der Haftpflicht und anderer Versicherungen:

………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Dauer des Vertrages / Kündigung**

Der Vertrag wird unbefristet / befristet auf …………. abgeschlossen.

Er ist beidseits kündbar unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von …………

1. **Inkrafttreten**

Der Vertrag tritt am ……………….. in Kraft.

1. **Unterschriften**

|  |
| --- |
| **Institutionsleitung:** |
| Name, Vorname: | ……………………………………………………………………… |
| Funktionsbezeichnung: | ……………………………………………………………………… |
| Ort und Datum: | Unterschrift: |
| …………………………… | ……………………………………………………………………… |
| **Fachtechnisch verantwortliche Apothekerin / fachtechnisch verantwortlicher Apotheker:** |
| Name, Vorname: | ……………………………………………………………………… |
| Ort und Datum: | Unterschrift: |
| …………………………….. | ……………………………………………………………………… |

Kopie an:

- zuständige Behörde

- …………