



Kantonsapotheke

Gesuch um Erteilung der Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte
Formular an die nebenstehende Adresse.
Alle zutreffenden Gründe sind anzugeben.

Kantonsapotheke
Heilmittelkontrolle
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen

www.kantonsapotheke.sg.ch

Gesuchstellerin / Gesuchsteller

Name, Vorname _____

Dr. med. Med. pract. Andere _____

Facharzttitel _____

Geburtsdatum _____ Bürgerort bzw. Nationalität _____

Strasse Nr., PLZ Ort _____

E-Mail _____

Berufsausübungsbewilligung des Kantons St.Gallen vom _____

- Grund des Gesuches**
- Neueröffnung einer Praxis per _____
 - Übernahme einer Praxis per _____ von _____
 - Eintritt in eine Gruppenpraxis per _____ Arbeitspensum _____ %
 - Umzug der Praxis per _____
 - Zusätzlicher Praxisstandort ¹ per _____ Anhang ausfüllen

Gruppenpraxis Für die Führung der Privatapotheke verantwortliche Medizinalperson (Ärztin/Arzt):
_____ Arbeitspensum _____ %

Qualitätssicherung Die Praxis verfügt über ein QS-System (nach Art. 9 der Heilmittelverordnung HMV, sGS 314.3):
ja nein

Angaben zur Praxis

Name _____ Telefon _____

Strasse Nr., PLZ Ort _____

E-Mail / Homepage _____

Rechnungsadresse Falls nicht identisch mit der Praxisadresse: Name, Strasse Nr., PLZ Ort
Bewilligung _____

Die/der Unterzeichnende bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben, einschliesslich der Angaben im Anhang bei Selbstdispensation an mehreren Praxisstandorten.

Ort, Datum

Unterschrift (Gesuchstellerin/Gesuchsteller)

¹ Die Bewilligung ist standortgebunden.



Anhang **Weitere Standorte, an denen die/der Gesuchstellende selbstdispensierend tätig ist**

Name der Praxis _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort _____

Für die Führung der Privatapotheke verantwortliche Medizinalperson (Ärztin/Arzt):

_____Arbeitspensum _____%

Die Praxis verfügt über ein Qualitätssicherung-System (nach Art. 9 der Heilmittelverordnung HMV, sGS 314.3):

ja nein

Name der Praxis _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort _____

Für die Führung der Privatapotheke verantwortliche Medizinalperson (Ärztin/Arzt):

_____Arbeitspensum _____%

Die Praxis verfügt über ein Qualitätssicherung-System (nach Art. 9 der Heilmittelverordnung HMV, sGS 314.3):

ja nein

Name der Praxis _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort _____

Für die Führung der Privatapotheke verantwortliche Medizinalperson (Ärztin/Arzt):

_____Arbeitspensum _____%

Die Praxis verfügt über ein Qualitätssicherung-System (nach Art. 9 der Heilmittelverordnung HMV, sGS 314.3):

ja nein