



## Kantonsapotheke

# Gesuch um Erteilung der Bewilligung zur Führung einer zahnärztlichen 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](http://www.kantonsapotheke.sg.ch)

### Gesuchstellerin / Gesuchsteller

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Dr. med. dent.  Med. dent.  Andere \_\_\_\_\_

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 <sup>1</sup> per \_\_\_\_\_ Anhang ausfüllen

**Gruppenpraxis** Für die Führung der Privatapotheke verantwortliche Medizinalperson (Zahnärztin/Zahnarzt):  
\_\_\_\_\_ 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)

<sup>1</sup> 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 (Zahnärztin/Zahnarzt):

\_\_\_\_\_ 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 (Zahnärztin/Zahnarzt):

\_\_\_\_\_ 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 (Zahnärztin/Zahnarzt):

\_\_\_\_\_ Arbeitspensum \_\_\_\_\_ %

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

ja  nein