



Kantonsapotheke

**Gesuch um Erteilung der Bewilligung
zur Führung einer Heimapotheke**

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte
Formular an die nebenstehende Adresse

Kantonsapotheke
Heilmittelkontrolle
Oberer Graben 32
9001 St.Gallen

www.kantonsapotheke.sg.ch

Grund des Gesuchs

- Neuerteilung per _____
- Erneuerung per _____
- Wechsel der verantwortlichen Person per _____
- Wechsel der konsiliarisch betreuenden Person per _____
- Adressänderung per _____

Andere Gründe _____

Angaben zum Betrieb (Bewilligungsinhaber/-inhaberin)

Name _____
Adresse _____
PLZ Ort _____
Telefon _____ GLN _____
E-Mail _____
Heimleiter/-leiterin _____

Verantwortliche Person / **Konsiliarisch betreuende Person**

Name, Vorname Titel _____
Geburtsdatum _____ Heimatort bzw. Nationalität _____
Beruf _____ GLN _____
Funktion im Betrieb _____
Berufsausübungsbewilligung des Kantons SG vom _____

Weitere Angaben

- Das Heim unterhält ein geeignetes Qualitätssicherungssystem. Ja Nein
(nach Art. 9 der Heilmittelverordnung [H MV, sGS 314.3])
- Die Führung der Heimapotheke und die fachliche Unabhängigkeit der verantwortlichen bzw. betreuenden Person sind vertraglich geregelt. Ja Nein

Die Unterzeichnenden bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit der obigen Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift der Heimleitung

Ort, Datum

Unterschrift der verantwortlichen/betreuenden Person