



Kantonsapotheke

Gesuch um Erteilung der Bewilligung zum Betrieb einer Spitalapotheke

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 _____ Wechsel der verantwortlichen Person per _____

Erneuerung per _____ Adressänderung per _____

Andere Gründe _____

Angaben zum Betrieb (Bewilligungsinhaber/-inhaberin)

Name _____

Strasse Nr., PLZ Ort ¹ _____

Telefon _____ GLN _____

E-Mail _____

Betriebsleiter/-leiterin _____

Verantwortliche Person

Name, Vorname Titel _____

Geburtsdatum _____ Bürgerort bzw. Nationalität _____

Beruf _____ GLN _____

Funktion im Betrieb _____

Berufsausübungsbewilligung des Kantons SG vom _____

Weitere Angaben

- Direkte Arzneimittelabgabe an Patienten nach ambulanter Behandlung
oder stationärem Aufenthalt Ja Nein

- Herstellung von Arzneimitteln
▪ Arzneimittel nach Art. 9 Abs. 2 Bst. a-c^{bis} HMG (SR 812.21) Ja Nein
▪ im Lohnauftrag als Auftraggeber Ja Nein
▪ Aseptische Herstellung von Arzneimitteln, die potentiell gesundheits-
gefährdende Wirkstoffe enthalten (z. B. Zytostatika) Ja Nein

- Die Spitalapotheke unterhält ein Qualitätssicherungssystem
(nach Art. 9 der Heilmittelverordnung H MV, sGS 314.3) Ja Nein

Einzureichende Unterlagen: Organigramm der Apotheke und Eingliederung im Betrieb

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift (verantwortliche Person)

¹ Falls die Rechnungsadresse nicht identisch ist, bitte Anhang ausfüllen.

Anhang **Rechnungsadresse der Bewilligung**

Name _____

Strasse Nr. _____

PLZ Ort _____