

A N T R A G auf Betreiben einer Rezeptsammelstelle

1. Hiermit beantrage ich die Erlaubnis zur Unterhaltung einer Rezeptsammelstelle in

PLZ/Ort:

Straße u. Haus-Nr.:

Kreis:

Bitte beachten Sie: Der Antrag muss spätestens 8 Wochen vor Beginn des Bewilligungszeitraums bei der Landesapothekerkammer Hessen eingegangen sein. Ferner verweisen wir auf § 24 Abs. 2 ApBetrO Rezeptsammelstellen nicht in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe zu unterhalten.

Die genaue Adresse meiner Apotheke lautet: Name:

Straße: PLZ/Ort:

Ortsteil: Kreis:

2. Handelt es sich um einen Erst- oder um einen Folgeantrag? Erstantrag Folgeantrag

3. Der Ort der beantragten Rezeptsammelstelle hat ca. Ärzte Sprechstundentage

4. Falls es sich um einen Folgeantrag handelt:
Wurde die letzte Erlaubnis Ihnen allein erteilt? Ja Nein

Wenn nein:

Name und Anschrift der (weiteren) Apotheke(n):

5. Die Entfernung zwischen dem Ortsmittelpunkt des Ortes, in dem die Rezeptsammelstelle betrieben werden soll, und meiner Apotheke beträgt (nach Straßenkilometern):

6. Welche Straßenverbindung wurde bei der Entfernungsmessung zugrunde gelegt?

7. Falls die Entfernung zwischen 3 und 6 km beträgt:
Wie sind die Verkehrsverbindungen zwischen Ihrer Apotheke und dem Ort, an dem die Rezeptsammelstelle unterhalten werden soll? Welche Nahverkehrsmittel gibt es?
(BITTE AKTUELLEN FAHRPLAN BEILEGEN)

8. Welche weiteren Apotheken (mit Anschrift und Ortsteilangabe) befinden sich im Umkreis von 6 km vom Ortsmittelpunkt des Ortes, an dem die Rezeptsammelstelle unterhalten werden soll (mit km-Angabe)?

Gibt es öffentliche Verkehrsmittel dorthin? Wenn ja, bitte Fahrplan beilegen. Ja Nein

9. Der Bote gehört zum Personal der Apotheke.

(Vorname, Name)

10. Wurde in den letzten drei Jahren im Zusammenhang mit Ihrer Berufsausübung ein Ordnungswidrigkeits-, straf- oder berufsrechtliches Verfahren gegen Sie durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Zu welchem Ergebnis führte dieses Verfahren?

11. Begründung des Antrages:

12. Anlagen:

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

+

+

Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

+

+