

# Oberbergischer Kreis

## Merkblatt für Apotheken: Wechsel der Filialleitung anzeigen

- Stand: Dezember 2024 -



OBERBERGISCHER KREIS  
DER LANDRAT

GESUNDHEITSAMT

Nach § 2 Absatz 5 Satz 4 des Apothekengesetzes (ApoG) ist ein Filialleitungswechsel durch die Betriebsleitung der Apotheken (Betriebslaubnisinhaberin / Betriebslaubnisinhaber) **spätestens zwei Wochen** vor der Änderung bei der zuständigen Behörde anzuzeigen.

Bei einem unvorhergesehenen Wechsel der Person des Verantwortlichen muss die **Änderungsanzeige unverzüglich** erfolgen. Um Missverständnisse zu vermeiden, geben Sie dieses bei der Anzeige der Filialleitung mit kurzer Begründung mit an.

Die Anzeige richten Sie bitte an:

### Oberbergischer Kreis - Der Landrat

Gesundheitsamt  
Apothekenwesen  
Am Wiedenhof 1-3  
51643 Gummersbach

Sollten Sie die Unterlagen persönlich abgeben wollen, vereinbaren Sie bitte zuvor einen Abgabetermin.

### Termin vereinbaren oder Fragen stellen?

Die Amtsapothekerinnen des Gesundheitsamts stehen Ihnen gerne zur Verfügung.

#### Teresa Mendoza Jimenez

E-Mail: [teresa.mendoza@obk.de](mailto:teresa.mendoza@obk.de)  
Telefon: 02261 88-5331

#### Silke Schmidt

E-Mail: [silke.schmidt@obk.de](mailto:silke.schmidt@obk.de)  
Telefon: 02261 88-5332

#### Info und Dokumente online:

[www.obk.de/apothekeninfo](http://www.obk.de/apothekeninfo)



### Erforderliche Unterlagen:

Nachfolgende Unterlagen sind vorzulegen.

- Staatsangehörigkeitsnachweis oder amtlich beglaubigte Ablichtung des Bundespersonalausweises.
- Amtlich oder notariell beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde der Filialleitung.
- Lebenslauf (tabellarisch).
- Beschäftigungsnachweis nach der Approbation, insbesondere aber die Tätigkeit während der letzten beiden Jahre
- Nachweis, dass die Filialapothekerin oder der Filialapotheker nicht in gesundheitlicher Hinsicht ungeeignet ist, eine Apotheke ordnungsgemäß zu leiten. Diese ärztliche Bescheinigung darf nicht älter als sechs Monate sein.
- Amtliches Führungszeugnis (Belegart 0), das nicht früher als einen Monat vor der Vorlage ausgestellt sein darf.
- Anzeige Wechsel des/der Filialleiters/-in gem. § 2 Abs. 5 ApoG (siehe Formular „Apotheke Wechsel Filialleitung - Anlage 1“).
- Eine Kopie des Arbeitsvertrages mit Angabe der Wochenarbeitsstunden.
- Nach § 2 Apothekengesetz erforderliche schriftliche Versicherung (siehe Formular „Apotheke Wechsel Filialleitung - Anlage 2“).

### Oberbergischer Kreis

Gesundheitsamt  
Am Wiedenhof 1-3  
51643 Gummersbach  
Telefon: 02261 88-5305  
Fax: 02261 88-5305  
[www.obk.de/gesundheit](http://www.obk.de/gesundheit)

## Anzeige über den Wechsel der Filialleitung



Oberbergischer Kreis  
Der Landrat  
Gesundheitsamt  
Moltkestraße 42  
51643 Gummersbach

### Anzeige über den Wechsel der Filialleitung gemäß § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG Angaben zum Betriebserlaubnisinhaber

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Name Hauptapotheke: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (für Rückfragen): \_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse (für Rückfragen): \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

ab dem \_\_\_\_\_ übernimmt Herr/Frau Apotheker/in  
die Leitung der folgenden Filialapotheke: \_\_\_\_\_  
Die Anschrift der Filialapotheke lautet: \_\_\_\_\_

Die wöchentliche Arbeitszeit der/des geplanten Filialleiters/-in beträgt \_\_\_\_\_ Stunden.  
Eine Kopie des Arbeitsvertrages habe ich beigefügt.

Die Öffnungszeiten (gesamt pro Woche) der betreffenden Filialapotheke lauten:

\_\_\_\_\_  
Die Verpflichtungen, wie sie im Gesetz über das Apothekenwesen (ApoG) und in der  
Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) für Apothekenleiter/-innen festgelegt sind, werden  
durch die/den Filialleiter/-in erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Inhaber Apotheke

---

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort des Filialapothekers / der Filialapothekerin

### **Zum Antrag auf Erteilung der Betriebserlaubnis (Filialapotheker/in)**

für die

Name der Apotheke
in

gebe ich folgende Erklärung gem. § 2 Apothekengesetz (ApoG) ab:

1. Ich bin voll geschäftsfähig (§ 2 Abs. 1 Nr. 2 ApoG).
2. Ich bin weder straf- noch berufsrechtlich vorbestraft; auch sind keine derartigen Verfahren in der Bundesrepublik Deutschland, in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gegen mich anhängig. Die Ausübung des Apothekenberufes ist mir nicht untersagt.
3. Ich bin nicht im Besitz einer Apothekenbetriebserlaubnis in der Bundesrepublik Deutschland. Es bestehen keine Pacht-, Besitz- oder Beteiligungsverhältnisse meinerseits an anderen Apotheken in der Bundesrepublik Deutschland.
4. Außer den vom Antragsteller vorgelegten Verträgen (Kauf- oder Pachtvertrag über die Apotheken sowie Mietvertrag oder Eigentumsnachweis in Form eines Kaufvertrages oder Grundbuchauszuges für die Apothekenräume) bestehen keine anderen Verträge, die mit der Einrichtung oder dem Betrieb der Filialapotheke in Zusammenhang stehen.
5.  Ich betreibe keine Apotheke in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.  
 Ich betreibe eine Apotheke in folgendem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum:

- 
6. Ich erkläre hiermit mein Einverständnis mit der Benennung zum Verantwortlichen gem. § 2 Abs. 5 Nr. 2 - Filialleiter"- für die o.a. Apotheke. Mir ist bewusst, dass mir aus dieser Benennung Verpflichtungen erwachsen, wie sie im Apothekengesetz und der Apothekenbetriebsordnung für Apothekenleiter festgesetzt sind.

## Anzeige über den Wechsel der Filialleitung



7. Mir ist bekannt, dass ich als Apothekenleiter am Betäubungsmittelverkehr teilnehme. Die daraus erwachsenden Verpflichtungen insbesondere zu den Nachweispflichten gem. § 13 f Betäubungsmittelverschreibungsverordnung werden von mir beachtet.
8. Die Beendigung meiner Tätigkeit als Verantwortlicher werde ich dem Gesundheitsamt des Oberbergischen Kreises, Am Wiedenhof 1-3, 51643 Gummersbach (Tel: 02261-885332) unverzüglich mitteilen.

Ich versichere, dass alle Angaben richtig und vollständig sind.

Ich verpflichte mich, jede Eröffnung, Kauf, Pacht, sonstigen Erwerb oder Beteiligung an einer weiteren Apotheke in einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder in einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum dem Kreisgesundheitsamt des Oberbergischen Kreises anzuzeigen.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift

(Nicht zutreffende Absätze sind deutlich (mit Andreaskreuz) zu streichen.)