

ANTRAG auf Betreiben einer Rezeptsammelstelle

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

PLZ/Ort: _____

Straße u. HausNr.: _____

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 wonach Rezeptsammelstellen nicht in Gewerbebetrieben oder bei Angehörigen der Heilberufe betrieben werden dürfen.

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 Rezept-
sammelstelle 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 Ordnungswid-
rigkeits-, straf- oder berufsrechtliches Verfahren gegen Sie durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja: Zu welchem Ergebnis führte dieses Verfahren?

11. Begründung des Antrages:

12. Anlagen: _____

Rechtsgrundlage für die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ist § 3 Hessisches Datenschutz – und Informationsfreiheitsgesetz (HDSIG).

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel

+

+

Landesapothekerkammer Hessen
Postfach 90 06 43
60446 Frankfurt am Main

+

+