

VERLÄNGERUNG BE

Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration

Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Vordruck 1

Ansprechpartnerin:
Frau Blumhagen
Telefon: +49 40 42837-3782
E-Mail: nicole.blumhagen@soziales.hamburg.de
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Antrag auf Verlängerung einer Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes

Bitte vollständig in Blockschrift ausfüllen!

Anrede	Frau O	Herr O
Name		
Vorname/n		
Geburtsname (falls abweichend)		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Straße / Nr.		
PLZ / Ort		
Staatsangehörigkeit		
Telefon-Nr. / E-Mail		

Hiermit beantrage ich gemäß § 11 Bundes-Apothekerordnung die Verlängerung der widerruflichen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes

Für ein weiteres Jahr; Grund: _____

Für ½ Jahr; Grund: _____

vom: _____ bis: _____

Ich bin im Besitz einer Berufserlaubnis seit: _____

VERLÄNGERUNG BE

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass die Verlängerung der Berufserlaubnis gemäß Tarif-Nr. 1.1.3 der Anlage der Gebührenordnung für das öffentliche Gesundheitswesen gebührenpflichtig ist und die Gebühr per Gebührenbescheid erhoben wird. Sofern der Antrag zurückgenommen wird, nachdem die Bearbeitung begonnen wurde, diese aber noch nicht beendet ist, ermäßigt sich die Gebühr nach § 12 Abs. 2 Satz 1 des Hamburgischen Gebührengesetzes (GebG) in der derzeitigen Fassung um die Hälfte. Wird der Antrag aus einem anderen Grund als Unzuständigkeit ganz oder überwiegend abgelehnt, so ermäßigt sich die Gebühr um ein Viertel (§ 12 Abs. 2 Satz 2 GebG).

Weiter erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Landesprüfungsamt für Heilberufe der Apothekerkammer Hamburg eine Kopie meiner Berufserlaubnis übersendet und der Kammer gegenüber Auskünfte über das Vorliegen einer Berufserlaubnis erteilt.

- Ich erkläre, dass gegen mich kein gerichtliches Strafverfahren oder staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren anhängig ist und ich nicht gerichtlich oder berufsgerichtlich vorbestraft bin.
- Ich kann die vorstehende/n Erklärung/en nicht abgeben und erläutere die Gründe hierfür auf der Rückseite dieses Antrages.

Datum / Unterschrift

Dem Antrag auf Verlängerung sind gem. § 22a AAppO folgende Dokumente beizufügen:

1. Amtliches Führungszeugnis der Belegart OB,

das zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf.

Hinweis: Ab sofort werden die von Ihnen zu beantragenden Führungszeugnisse vom Bundeszentralregister dem Landesprüfungsamt (LPA) digital zugestellt. Dazu ist es erforderlich, dass Sie bei der Beantragung im zuständigen Kundenzentrum (innerhalb HH) den Hinweis geben, dass Sie ein „**Führungszeugnis zur Vorlage bei einer Behörde**“ (**Belegart OB, gemäß § 30 Abs. 5 BZRG**) beantragen. Empfänger ist das Landesprüfungsamt Hamburg, Behördenkennzeichen **K6392Q**. Diese Angabe stellt sicher, dass Ihr Führungszeugnis dem LPA digital zugestellt wird.

Zur eindeutigen Zuordnung geben Sie bitte **als Verwendungszweck Ihren Beruf, z. B. „Pharmazie“ an.**

Sie können das Führungszeugnis auch online beantragen: [BfJ - Service-Center-Führungszeugnis \(bund.de\)](https://www.bfj-bund.de)

2. Ärztliche Bescheinigung (Vordruck 2),

eines in Deutschland niedergelassenen Arztes der Inneren oder Allgemeinen Medizin, die zum Zeitpunkt der Erteilung der Berufserlaubnis nicht älter als drei Monate sein darf. Ärztliche Bescheinigungen, die von Familienangehörigen und Lebenspartnern ausgestellt wurden, werden nicht anerkannt.

3. ggf. neuer Stellennachweis

Nachweis einer Beschäftigungsstelle auf dem Gebiet der Freien und Hansestadt Hamburg

Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz
Landesprüfungsamt für Heilberufe
G 11311
Postfach 760 106
22051 Hamburg
Besucheradresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

Vordruck 2

Auszustellen von einem in Deutschland niedergelassenen Arzt

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage beim Landesprüfungsamt für Heilberufe für die Erteilung der Berufserlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des Apothekerberufes

Frau / Herr _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____

ist von mir heute ärztlich untersucht worden.

Hierbei ist festgestellt worden, dass sie/er

- nicht in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des Apothekers/der Apothekerin ungeeignet ist.
Insbesondere wird bestätigt, dass weder psychische Einschränkungen noch akute oder chronische Erkrankungen (Infektionserkrankungen wie z. B. Hepatitis B und C) oder Suchterkrankungen vorliegen.
- in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des Berufes des Apothekers/der Apothekerin ungeeignet ist.

Die Untersuchung wurde nicht von einem Familienangehörigen oder Lebensgefährten der untersuchten Person durchgeführt.

Ort, Datum

(Praxisstempel)

Unterschrift der Ärztin /des Arztes