

**Selbsterklärung der ärztlichen Person zur Ausnahme von der Erlaubnis-  
pflicht gem. § 20d AMG**

Stand: Juli 2012

Zur Vorlage bei der  
**Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz**  
**Amt für Verbraucherschutz**  
**Abteilung Pharmaziewesen und Medizinprodukte**  
**Fachbereich Pharmaziewesen**  
Postadresse: Billstraße 80, 20539 Hamburg

*Entnahmeeinrichtung:*

*Anschrift:*

*Für die Abteilung/Klinik:*

*Arzt/ Person, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt ist:*

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich gemäß § 20d Arzneimittelgesetz AMG, dass ich als ärztliche Person die Tätigkeiten gemäß § 20b Absatz 1 und § 20c Absatz 1 AMG mit Ausnahme des Inverkehrbringens ausübe, um die Gewebezubereitung **persönlich** bei meinen Patienten anzuwenden.

**Somit ist eine Erlaubnis nach § 20b Absatz 1 und § 20c Absatz 1 AMG nicht erforderlich.**

Dies gilt nicht für Arzneimittel, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Name / Unterschrift

*Jede Änderung werde ich der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz gemäß § 67 Abs. 3 AMG bekannt geben.*