



Gesuch um Erteilung einer privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin oder Apotheker im Kanton Nidwalden

1. Personalien	
<input type="checkbox"/> Apothekerin	<input type="checkbox"/> Apotheker
GLN-Nummer	
Nachname	
Vorname	
Lediger Name	
Geburtsdatum	
Nationalität	
Zivilstand	
Heimatort(e)	

2. Privatadresse	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	
Land	
Telefon	
Fax	
Mobile	
E-Mail	

3. Ausbildung			
Eidg. Diplom oder vom BAG / MEBEKO anerkanntes ausländisches Diplom			
Fachgebiet / Ausbildungsabschluss			
Datum		Ausstellende Stelle	
Ort		Land	

Fachgebiet		Datum	
Universität		Land	

Fachgebiet		Datum	
Universität		Land	

3.1 Weiterbildung				
Eidg. Weiterbildungstitel / FPH-Titel oder vom BAG / MEBEKO anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel				
Fachgebiet			Datum	
Universität			Land	

Dr. - Titel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Datum		Ort / Land	

Fähigkeitsausweis: Fachgebiet			Datum	
Fähigkeitsausweis: Fachgebiet			Datum	

Weitere akademische Titel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Datum		Ort / Land	

4. Apothekendaten	
<input type="checkbox"/> Übernahme	<input type="checkbox"/> Neueröffnung
	<input type="checkbox"/> Tätigkeit
Geplante Tätigkeitsaufnahme, Datum	
Praxisname	
Praxisadresse	
PLZ / Ort	
Telefon	
Fax	
E-Mail	
Mobile	
Praxisgemeinschaft mit (Namen)	

5. Bisherige Tätigkeit			
Haben oder hatten Sie schon eine Praxis /Tätigkeit in einem anderen Kanton / Land	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	Falls ja, Bewilligung erteilt am:
Ort / Kanton / bzw. Land			
Wird dies Tätigkeit durch Sie weitergeführt?	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein
Praxisname			
Strasse / Nr.			
PLZ / Ort			
Bemerkungen			

Wurde Ihnen je in einem anderen Kanton/Land die Erteilung der Berufsausübungsbewilligung verweigert?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ist Ihnen je die Ausübung des Berufes als Apothekerin oder Apotheker von der zuständigen Aufsichtsbehörde untersagt oder eingeschränkt worden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Läuft gegen Sie ein Straf- oder Verwaltungsverfahren wegen Tatbeständen, die mit der Ausübung des Berufes unvereinbar sind?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Falls ja, bitte auf separatem Blatt erläutern und belegen		

6. Rechnungsadresse (falls nicht identisch mit Ziff. 1, 2)	
Name / Firma	
Strasse / Nr.	
PLZ / Ort	

Bemerkungen	
-------------	--

7. Unterschrift	
Ort / Datum	
Unterschrift	

- Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit und Vollständigkeit sämtlicher Angaben.
- Zudem ermächtigen Sie die Bewilligungsbehörde, Auskünfte über Sie bei Institutionen, die Ihre Diplome und Titel oder deren Äquivalent ausgestellt haben, sowie bei den Arbeitgebern und Gesundheitsbehörden einzuholen.
- Eine Gesuchstellung ist verbindlich und grundsätzlich kostenpflichtig (Bewilligungsgebühr).

Vollständigkeit

Das Gesuch kann erst **nach Vorliegen** sämtlicher Unterlagen geprüft werden. Unvollständige Gesuche werden retourniert.

Bearbeitungsfrist von vollständigen Gesuchen

Die Gesuchsbearbeitung dauert in der Regel maximal vier Arbeitswochen.

Weiteres Vorgehen

Nachdem Sie das Gesuch inkl. Beilagenblatt ausgefüllt haben, bitten wir Sie, dieses zu unterschreiben und mit den Unterlagen per Post oder per E-Mail einzureichen.

Gesundheits- und Sozialdirektion
Gesundheitsamt
Engelbergstrasse 34
Postfach 1243
6371 Stans

Für Auskünfte:
Tel.: 041 618 76 03
Fax: 041 618 75 69
Mail: gesundheitsamt@nw.ch

Füllen Sie jetzt bitte noch das Beilagenblatt auf der nächsten Seite aus.

8. Beilagen zur privatwirtschaftlichen Berufsausübungsbewilligung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin oder Apotheker

Gut lesbare Kopien, Beglaubigung nicht nötig, Zutreffendes bitte **ankreuzen**:

<input type="checkbox"/> Eidgenössisches Diplom
<input type="checkbox"/> Eidgenössischer Weiterbildungstitel
<input type="checkbox"/> Fähigkeitsausweise
<input type="checkbox"/> FPH-Titel

<input type="checkbox"/> Ausländisches Diplom
<input type="checkbox"/> Anerkennung des BAG / MEBEKO
<input type="checkbox"/> Ausländischer Weiterbildungstitel
<input type="checkbox"/> Anerkennung des BAG / MEBEKO

<input type="checkbox"/> Aktueller Strafregisterauszug (max. 6 Monate alt) https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_de
<input type="checkbox"/> Bei Personen aus dem Ausland, die noch nicht 5 Jahre in der Schweiz wohnhaft sind, aktuelles Führungszeugnis (max. 6 Monate alt) aus dem Herkunftsland
<input type="checkbox"/> Aktueller tabellarischer Lebenslauf
<input type="checkbox"/> Akademische Titel (falls vorhanden)
<input type="checkbox"/> Versicherungsnachweis (Berufshaftpflichtversicherung)
<input type="checkbox"/> Nachweis über ausreichende Sprachkenntnisse in Deutsch Niveau B2 (falls Deutsch nicht die Muttersprache ist) oder Eintrag der Sprachkenntnisse im MedReg
<input type="checkbox"/> Plan der Räumlichkeiten und Angaben zu erforderlichen Geräten

<input type="checkbox"/> falls vorliegend: Berufsausübungsbewilligung anderer Kanton	Kanton:
<input type="checkbox"/> Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitserklärung) der ausstellenden Gesundheitsbehörde	
<input type="checkbox"/> falls vorliegend: Berufsausübungsbewilligung Ausland	Land:
<input type="checkbox"/> Certificate of Good Standing (Unbedenklichkeitserklärung) der ausstellenden Gesundheitsbehörde	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	