KANTON solothurn

Departement des Innern

Gesundheitsamt
Ambassadorenhof
Riedholzplatz 3
4509 Solothurn
gesundheit.bab@ddi.so.ch

Version: 1.1
Datum: 09.01.2026
Autorin: RAM/ARZ

Gesuch

um Erteilung der Bewilligung zur Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln an persönlich behandelte Patientinnen und Patienten im Rahmen der Selbstdispensation (Art. 30 Abs. 1 Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte [Heilmittelgesetz, HMG; SR 812.21] und § 54 Abs. 1 Gesundheitsgesetz [GesG; BGS 811.11])

1. Grund des Gesuchs

☐ Erstbewilligung

☐ Wechsel fachverantwortliche Person

☐ Wechsel Rechtsform

☐ Wechsel Trägerschaft

☐ Wechsel Namen

☐ Wechsel Adresse

☐ Anderes: ……

2. Angaben zur gesuchstellenden Person

Name:..... Vorname:.....

Geburtsdatum:..... Heimatort:.....
(bei Ausländern: Heimatland)

Wohnadresse: ..... PLZ/Ort: .....

Berufsausübungsbewilligung Kanton Solothurn: ☐ vorhanden ☐ beantragt

3. Angaben zur Privatapotheke:

Betriebsbezeichnung, wo sich die Privatapotheke befindet: .....

Rechtsform: ☐ AG ☐ GmbH ☐ Einzelfirma ☐ andere: .....

Betriebsart / Fachgebiet:.....

Fachverantwortliche Person der Privatapotheke: .....

Gesamtverantwortliche Leitungsperson (bei juristischen Personen): .....

.....

Adresse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E-Mail: .....

4. Rechnungsadresse (falls abweichend):

5. Gebühren

Die Gebühr für die Erteilung einer Bewilligung zur Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln an persönlich behandelte Patientinnen und Patienten im Rahmen der Selbstdispensation richtet sich nach dem Gebührentarif § 40 Abs. 1 Bst. a (GT; BGS 615.11) und beträgt Fr. 300.00.

Die Gebühr für die Mutation einer Bewilligung zur Abgabe von Arznei- und Betäubungsmitteln an persönlich behandelte Patientinnen und Patienten im Rahmen der Selbstdispensation richtet sich nach dem Gebührentarif § 41bis Abs. 1 (GT; BGS 615.11) und beträgt nach Aufwand ab Fr. 100.00.

Die Unterzeichnenden bestätigen hiermit, dass die obigen Angaben vollständig und korrekt sind.

Ort und Datum	Unterschrift gesuchstellende Person
.....	.....
Ort und Datum	Unterschrift fachverantwortliche Person Privatapotheke
.....	.....