

**Departement des Innern**

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

Version: 1.1  
Datum: 20.03.2025  
Autorinnen: ELE/AM/ARM

**Gesuch**

**um Erteilung der Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke und 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 f. Gesundheitsgesetz [GesG; BGS 811.11] bzw. § 16 Abs. 1 Bst. b Verordnung über die Heilmittel und die Betäubungsmittel [Heilmittel- und Betäubungsmittelverordnung, HBV; BGS 813.14])**

**1. Angaben zur fachverantwortlichen Person der Privatapotheke:**

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

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

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

Berufsausübungsbewilligung Kanton Solothurn: ☐ vorhanden ☐ beantragt

Arbeitspensum der fachverantwortlichen Person: .....

Stellvertretung der fachverantwortlichen Person: .....

**2. Angaben zur Privatapotheke:**

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

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

Betriebsart / Fachgebiet: .....

Gesamtverantwortliche Leitungsperson: .....

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

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

Aufnahme der Tätigkeit: .....

### 3. Rechnungsadresse (falls abweichend):

.....

.....

.....

Bitte beachten Sie, dass die Bewilligung zur Führung einer ärztlichen Privatapotheke erst erteilt wird, wenn die erforderlichen fachlichen und betrieblichen Voraussetzungen erfüllt sind und ein Qualitätssicherungssystem, das der Art und dem Umfang des Betriebs entspricht, vorhanden ist (§ 16 Abs. 2 HBV; vgl. auch «Merkblatt ärztliche Privatapotheke» auf der Homepage des Gesundheitsamtes unter [gesundheitsamt/aufsicht-und-bewilligungen/aufsicht/](#)).

Die folgende Checkliste muss vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt werden.

### 4. Abgabe von Arzneimitteln:

|                                                         | Ja                       | Nein                     |
|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nur eingeschränktes Sortiment (z.B. auf Fachgebiet)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, nähere Angaben: .....                         |                          |                          |
| Kühlschrankpflichtige Arzneimittel                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis a          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis b          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontrollierte Substanzen für die substitutionsgestützte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlung von betäubungsmittelabhängigen Personen      |                          |                          |
| Ausländische Arzneimittel                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere, nicht von Swissmedic zugelassene Arzneimittel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Falls ja, nähere Angaben: .....                         |                          |                          |

### 5. Aufbereitung von Medizinprodukten<sup>1</sup>:

|                                                     | Ja                       | Nein                     |
|-----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Aufbereitung von Medizinprodukten                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| findet vor Ort statt                                |                          |                          |
| Medizinprodukte zur einmaligen Anwendung vorhanden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (Einwegmaterial)                                    |                          |                          |
| Aufbereitung von Medizinprodukten wird durch Dritte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| durchgeführt                                        |                          |                          |

### 6. Lagerung der Arzneimittel in der Praxis

|                                                              | Ja                       | Nein                     |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| In einem separaten Raum                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In dafür bestimmten Schränken                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| In einem Arzneimittelkühlschrank (Temperatur, Umluft, Alarm) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Tresor                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Im Notfallkoffer                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Andere Lagerorte: .....                                      |                          |                          |

<sup>1</sup> Z.B. Reinigung/Desinfektion von Instrumenten vor der Wiederverwendung.

|                                                                                             |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Erfolgt die Lagerung getrennt von anderen Waren?                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wird der Schutz vor unbefugtem Zugriff an allen Lagerorten sichergestellt?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die Einhaltung und Dokumentation der Lagertemperatur an allen Lagerorten gewährleistet? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**7. Qualitätssicherungssystem (QSS) für die Privatapotheke** Ja Nein

|                                                               |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist ein ganzheitliches, gelenktes QSS <sup>2</sup> vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist das QSS formell in Kraft gesetzt <sup>3</sup> ?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind alle Prozesse in Arbeitsanweisungen definiert?           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**8. Arbeitsanweisungen und Nachweisdokumente vorhanden?** Ja Nein

|                                                 |                          |                          |
|-------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Personalschulungen zum Umgang mit Arzneimitteln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eingangskontrolle von Arzneimitteln             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Einfuhr aus dem Ausland                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Temperaturüberwachung an allen Lagerorten       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reinigung aller Lagerorte                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verfalldatenkontrolle                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Betäubungsmittelbuchführung (inkl. Inventar)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bearbeitung von Beanstandungen / Rückrufen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Durchführung von Selbstinspektionen             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**9. Organigramm** Ja Nein

|                                                                                                                                             |                          |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ist ein aktuelles Organigramm mit Kennzeichnung der fachverantwortlichen Person für die Privatapotheke und deren Stellvertretung vorhanden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|

Allfällige ergänzende Bemerkungen zu den oben gemachten Angaben:

.....

.....

.....

.....

<sup>2</sup> Die Dokumente des QSS müssen gelenkt sein, d.h. es muss festgelegt werden, auf welche Art und Weise Dokumente erstellt, bearbeitet, geprüft, freigegeben, verteilt und aufbewahrt werden. Das QSS muss regelmässig den aktuellen Verfahrensweisen und Gegebenheiten der Praxis angepasst werden und es muss sichergestellt werden, dass das Personal über die geltenden Bestimmungen in Kenntnis gesetzt wurde.

<sup>3</sup> Sämtliche Dokumente des QSS müssen mit Datum und Visum der fachverantwortlichen Person in Kraft gesetzt werden. Überarbeitete Dokumente werden so abgelegt, dass die aktuell gültige Version ersichtlich ist. Veralterte Dokumente werden als solche gekennzeichnet und archiviert.

## 10. Gebühren

Die Gebühr für die Erteilung einer Privatapothekenbewilligung richtet sich nach dem Gebührentarif § 41 Abs. 1 Bst. b Ziff. 1 ([GT; BGS 615.11](#)) und beträgt Fr. 500.00.

Die Gebühr für die Mutation einer Privatapothekenbewilligung richtet sich nach dem Gebührentarif § 41 Abs. 1 Bst. b Ziff. 2 ([GT; BGS 615.11](#)) und beträgt Fr. 50.00.

## 11. Bestätigung und Unterschrift

Es wird darauf hingewiesen, dass die im vorliegenden Bewilligungsgesuch gemachten Angaben als Grundlage für die Erteilung der Bewilligung und die Inspektion der Privatapotheke dienen. Nachweislich falsche Angaben können verwaltungsrechtliche Massnahmen und allenfalls den Entzug der Bewilligung nach sich ziehen (§ 12 Abs. 2 Bst. b GesG).

Der/die Unterzeichnende/n bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort und Datum

Unterschrift fachverantwortliche Person  
Privatapotheke

.....

.....

Ort und Datum

Unterschrift gesamtverantwortliche Leitungsperson  
(falls abweichend von der fachverantwortlichen Person)

.....

.....

**Bitte vollständig ausgefülltes und unterzeichnetes Gesuch mindestens 3 Monate vor gewünschtem Bewilligungsdatum einsenden an [gesundheit.bab@ddi.so.ch](mailto:gesundheit.bab@ddi.so.ch).**