Departement des Innern

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

Version: 1.0
Datum: 18.02.2025
Autorin: RAM

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 der Ausstellung

☐ Erstbewilligung

☐ Wechsel des Betriebs

☐ Namensänderung des bestehenden Betriebs

☐ Adressänderung des bestehenden Betriebs

☐ Änderung juristische Form des bestehenden Betriebs

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: .....

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 § 41 Abs. 1 Bst. b Ziff. 1 (GT; BGS 615.11) und beträgt Fr. 100.00.

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 § 41 Abs. 1 Bst. b Ziff. 2 (GT; BGS 615.11) und beträgt Fr. 50.00.

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

Ort und Datum	Unterschrift gesuchstellende Person
……..	……

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