

## Gesundheitsamt

Ambassadorshof  
Riedholzplatz 3  
4509 Solothurn  
Telefon 032 627 93 71  
gesundheitsamt@ddi.so.ch

### Gesuch

**um Anerkennung einer Bewilligung eines anderen Kantons für die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung als Apothekerin/Apotheker (§ 5 Vollzugsverordnung zum Gesundheitsgesetz [GesV; BGS 811.12])**

#### 1. Angaben zur Person

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

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

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

Telefon: ..... Mobile: .....

E-Mail: .....

#### 2. Angaben zur Berufsausübung/Apotheke im Kanton Solothurn

Apotheke: .....

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

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

Datum Tätigkeitsaufnahme: ..... Pensum: .....

Beschrieb Tätigkeitsbereich: .....

#### 3. Einzureichende Unterlagen (in Kopie)

- 1) Kopie der gültigen Berufsausübungsbewilligung des anderen Kantons
- 2) letter of good standing (Unbedenklichkeitserklärung) der zuständigen Aufsichtsbehörde des anderen Kantons
- 3) Nachweis über den Abschluss einer Berufshaftpflichtversicherung (bis spätestens vor der Betriebseröffnung einzureichen)
- 4) Nachweis eines international anerkannten Sprachdiploms der deutschen Sprache der Niveaustufe B2 gemäss dem gemeinsamen europäischen Referenzrahmen für Sprachen (sofern die Person über eine Berufsausübungsbewilligung verfügt, die zur Tätigkeit in der französisch- oder italienischsprachigen Region berechtigt oder sofern der bewilligende Kanton die Beherrschung der deutschen Sprache nicht geprüft hat)
- 5) beglaubigte Übersetzung der Dokumente (falls diese nicht in deutscher Sprache abgefasst sind)

Das Gesundheitsamt kann weitere Unterlagen und Angaben verlangen (insbesondere ein sich über den Gesundheitszustand im Hinblick auf die Berufsausübung äusserndes Arztzeugnis).

#### **4. Bestätigung und Unterschrift**

Der/Die Unterzeichnete bestätigt hiermit, dass die obigen Angaben der Wahrheit entsprechen und erklärt sich mit der Übermittlung allfälliger Bewilligungsakten von früheren Arbeitsorten an das Gesundheitsamt einverstanden.

Ort und Datum

Unterschrift Gesuchsteller/in

.....

.....