

**Pflegequalifizierungszentrum Hessen
Team akademische Heilberufe
Zu den Sandbeeten 5**

35043 Marburg

Hiermit beantrage ich,

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

die **Erteilung einer Berufserlaubnis** gem. § 11 Bundes-Apothekerordnung (BApO) zur vorübergehenden Ausübung des Berufs als Apothekerin/ Apothekers.

Mir ist bekannt, dass ich derzeit nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis erhalten kann. Pharmazeutische Tätigkeiten darf ich nur **unter ständiger Aufsicht und in ständiger Anwesenheit von approbierten Apothekerinnen und Apothekern** ausüben.

Die Aufsicht und Anwesenheit gilt auch für alle Nacht-, Notfall- und Bereitschaftsdienste.

Ich nehme davon Kenntnis, dass das Antragsverfahren gem. § 11 BApO gebührenpflichtig ist. Die Gebühren werden in der Regel mit der Entscheidung über meinen Antrag auf Erteilung der Berufserlaubnis erhoben (derzeit 190 Euro zuzüglich Porto).
Der Versand erfolgt nur an eine Postanschrift in Deutschland.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift der/s Antragstellers/in

Bestätigung des zukünftigen Arbeitgebers/Personalabteilung

Hiermit bestätige ich, dass

Name, Vorname

hier entsprechend der oben genannten Einschränkungen ab
tätig werden soll.

Datum, Stempel der Klinik/ Praxis

Unterschrift des/r Personalleiters/in und zusätzlich **Name in Druckbuchstaben**