

Anlage 3 Berufserlaubnis

Pharmazeutische Tätigkeit im Rahmen einer Berufserlaubnis nach § 11 Bundes-Apothekerordnung (BapO)

Die Berufserlaubnis gem. § 11 BapO wird zur vorübergehenden Ausübung des pharmazeutischen Berufs erteilt, sofern eine abgeschlossene pharmazeutische Ausbildung vorliegt. Die Berufserlaubnis wird für die Zeit vor Erhalt der Approbation ausgestellt und ist auf die Dauer von insgesamt zwei Jahren begrenzt.

Die Berufserlaubnis ist beschränkt auf eine nicht selbständige und nicht leitende Tätigkeit unter Aufsicht, Anleitung und Verantwortung von Apothekern und Apothekerinnen, die eine Approbation oder eine unbeschränkte Berufserlaubnis besitzen.

Beispielsweise dürfen Apotheken-Notdienste oder Urlaubsvertretungen mit einer Berufserlaubnis nicht ausgeübt werden. Hierfür ist die Erteilung der Approbation erforderlich.

Eine Berufserlaubnis kann erst nach Bestehen der C1-Fachsprachenprüfung bei der Landesapothekerkammer erteilt werden. Zu dieser Prüfung werden Antragsteller/innen nach Vorlage aller erforderlichen Unterlagen (siehe Anlage 1) durch das Regierungspräsidium Stuttgart angemeldet.

Die Berufserlaubnis wird auf das Bundesland Baden-Württemberg und fest auf zwei Jahre ausgestellt. Ein kürzerer oder längerer Zeitraum kann nicht gewählt werden. Eine Verlängerung der Berufserlaubnis, die über zwei Jahre hinausgeht, ist grundsätzlich nicht möglich. Ob die zwei Jahre tatsächlich ausgeschöpft werden und ob die Tätigkeit bei einem oder verschiedenen Arbeitgebern ausgeübt wird, liegt in der Verantwortung der Antragsteller/innen. Ein Arbeitgeberwechsel innerhalb Baden-Württembergs muss beim Regierungspräsidium Stuttgart nicht mehr angezeigt werden.

Die beigefügte Stellenzusage legt dabei das Startdatum der Arbeitsaufnahme fest. Ab dem dort genannten Zeitpunkt dürfen Antragsteller/innen zwei Jahre lang mit Berufserlaubnis bei Arbeitgebern in Baden-Württemberg tätig werden.

**Bestätigung des zukünftigen Arbeitgebers/Personalabteilung
(Stellenzusage)**

Hiermit wird bestätigt, dass

_____ (Name), _____ (Vorname)

geboren am _____

mit den auf Seite 1 genannten Einschränkungen in der

(Name der Apotheke)

im Rahmen einer Berufserlaubnis pharmazeutisch tätig werden soll.

Voraussichtlicher Arbeitsbeginn ist der _____.

*Datum, Stempel der Apotheke
ter/in*

Unterschrift Personalleiter/in bzw. Apothekeninhaber/in

Name in Druckbuchstaben

E-Mail Adresse/Telefonnummer des Arbeitgebers für Rückfragen:

Bitte zurücksenden an:

Regierungspräsidium Stuttgart
-Referat 95.2-
z. Hd. Herr Fitzel
Ruppmannstr. 21
70565 Stuttgart