

Landesapothekerkammer  
Baden-Württemberg  
Meldewesen  
Villastraße 1  
70190 Stuttgart

## Meldebogen als Apotheker/-in

- Anmeldung       Abmeldung  
 Änderungsmitteilung

**Bitte legen Sie immer beglaubigte Kopien Ihrer Urkunden und Bescheinigungen bei!**

### 1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen!

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Familiennamenname      Vorname

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Titel      Geburtsname

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum      Geburtsort

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.      PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Telefon\*:      Telefax\*:

\_\_\_\_\_  
E-Mail\*      \*Freiwillige Angaben

Familienstand\*  ledig  verheiratet  nicht verheiratet      Hat Ihr(e) Ehepartner(in) die Approbation?\*       ja  nein

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Familiennamenname Ehegatte\*:      Vorname Ehegatte\*:

### 2. Fachliche Ausbildung

Pharmaziepraktikum: 1. Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Ausbildungsstätte: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Approbation erhalten am: \_\_\_\_\_

Berufserlaubnis erhalten am: \_\_\_\_\_ befristet bis: \_\_\_\_\_

Promotion/Habilitation erhalten am: \_\_\_\_\_

Fachapotheker/in für:

Offizin-Pharmazie

Allgemeinpharmazie

Klinische Pharmazie

Arzneimittelinformation

Pharmazeutische Technologie

Pharmazeutische Analytik

Toxikologie und Ökologie

Öffentliches Gesundheitswesen

**3. Beschäftigungsverhältnis/Arbeitsstätte**

- |                                     |  |   |  |   |
|-------------------------------------|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Apotheke   | <input type="checkbox"/> Krankenhausapotheke | <input type="checkbox"/> Industrie          | <input type="checkbox"/> Verwaltung      | <input type="checkbox"/> Universität            |
| <input type="checkbox"/> Bundeswehr | <input type="checkbox"/> PTA/PKA-Schule      |   |  |   |
| In der Funktion als                 | <input type="checkbox"/> Inhaber/in          | <input type="checkbox"/> Pächter/in         | <input type="checkbox"/> Filialleiter/in | <input type="checkbox"/> Verwalter/in           |
|                                     | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter/in      | <input type="checkbox"/> Wiss. Assistent/in | <input type="checkbox"/> Doktorand/in    | <input type="checkbox"/> Pharmaziepraktikant/in |

\_\_\_\_\_ |  
Bezeichnung der Arbeitsstätte

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Straße/Nr. | PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Telefon\* | Telefax\*

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
E-Mail\* | \*Freiwillige Angaben

Beginn des Beschäftigungsverhältnisses am \_\_\_\_\_ |

Durchschnittliche Wochenarbeitszeit (Stunden) \_\_\_\_\_ |

Ende des Beschäftigungsverhältnisses am \_\_\_\_\_ |

**Weitere Beschäftigungsverhältnisse:** \_\_\_\_\_ |  
(einschließlich Wochenarbeitszeit) \_\_\_\_\_ |

Ich bin seit \_\_\_\_\_ | (Monat/Jahr) im Kammerbereich wohnhaft.

**4. NUR für selbstständige Apothekenleiter/innen und Verwalter/innen**

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Apothekename | Rechtsform  e. Kfr./Kfm.  OHG

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Straße/Nr. | PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Telefon | Telefax

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
E-Mail

Ist eine Versandhandelserlaubnis erteilt?  ja  nein **Bitte Kopie der Erlaubnis beifügen!**

**Für jede Filialapotheke bitte einen gesonderten Meldebogen verwenden!**

Mit meiner Unterschrift versichere ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
Datum | Unterschrift