

## **Bewilligungsantrag zum Führen einer Privatapotheke Naturheilpraktikerinnen/Naturheilpraktiker**

### **1 Grund für Antrag**

- Neuer Praxisstandort (z.B. Eröffnung einer neuen Praxis, Verlegung des Praxisstandortes)
- Wechsel der fachverantwortlichen Person (= fvP)
- Wechsel Eigentümer/Eigentümerin / Inhaber/Inhaberin
- Wechsel Rechtsform
- Erneuerung der bestehenden Bewilligung vom .....

### **2 Angaben zum Bewilligungsinhaber / zur Bewilligungsinhaberin** (juristische oder natürliche Person)

Firma\* .....

\*Firmenanschrift gemäss Handelsregister

Einzelfirma  AG  GmbH  andere: .....

Zusatz ..... Postfach .....

Strasse ..... Nr. ....

PLZ ..... Ort .....

Tel.Nr. ..... Fax Nr. ....

E-Mail ..... Website .....

### **3 Angaben zur fachtechnisch verantwortlichen Person (= fvP)**

Name\* .....

Vorname/n\* .....

\*Gemäss amtlichem Dokument (Pass/ID)

Rufname\* .....

Geb. Dat. .... Heimatort .....

Berufsausübungsbewilligung als

Naturheilpraktiker/Naturheilpraktikerin seit (Datum) .....

Fachrichtung(en):

- Ayurveda-Medizin
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), Schwerpunkt in Chinesischer  
Arzneitherapie
- Homöopathie
- Traditionelle Europäische Naturheilkunde (TEN)

**Dienststelle Gesundheit und Sport**

**Privatadresse**

Zusatz ..... Postfach .....

Strasse ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel.Nr. P ..... E-Mail P .....

Tel.Nr. G ..... E-Mail G .....

Mobil Nr. .... Fax Nr. ....

Übernahme der Verantwortung ab (Datum): .....

Vorgänger/Vorgängerin fvP/Praxisübernahme von\* .....

\* sofern zutreffend

**4 Standort der Praxis / Apotheke**

- Identisch mit Bewilligungsinhaber/Bewilligungsinhaberin (2)
- Abweichend vom Bewilligungsinhaber/Bewilligungsinhaberin (bitte Details angeben):

Name .....

Zusatz ..... Postfach .....

Strasse ..... Nr. ....

PLZ ..... Ort: .....

Tel.Nr. .... Fax Nr. ....

E-Mail ..... Website .....

**5 Planinspektion**

Wird eine Apotheke neu eingerichtet oder eine bestehende Apotheke umgebaut, müssen die Pläne mindestens 6 Wochen vor Umbaubeginn für eine Planinspektion eingereicht werden. Neu-/Umbau der Apotheke:  Nein  Ja

**Dienststelle Gesundheit und Sport**

**6 Korrespondenzadresse**

(an diese Adresse wird die gesamte Korrespondenz gesendet)

- Bewilligungsinhaber / Bewilligungsinhaberin (2)
- Privatadresse fvP (3)
- Standort der Praxis/Apotheke (4)
- Abweichend von einer der obigen Adressen bitte Details angeben:

Name .....

Zusatz ..... Postfach .....

Strasse ..... Nr. ....

PLZ ..... Ort .....

Tel.Nr. .... Fax Nr. ....

E-Mail ..... Website .....

**7 Rechnungsadresse**

(an diese Adresse werden alle Rechnungen gesendet)

- Bewilligungsinhaber (2)
- Privatadresse fvP (3)
- Standort der Praxis/Apotheke (4)
- Abweichend von einer der obigen Adressen bitte Details angeben:

Name .....

Zusatz ..... Postfach .....

Strasse ..... Nr. ....

PLZ: ..... Ort: .....

Tel.Nr. .... E-Mail .....

Fax Nr. .... Website .....

## 8 Selbstdeklaration und Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich als für die Apotheke fachtechnisch verantwortliche/r Naturheilpraktikerin/Naturheilpraktiker (=fvP) im Kanton Luzern die Abgabe von Heilmitteln nach den anerkannten Regeln sowie dem Stand der pharmazeutischen und medizinischen Wissenschaft ausführen und die entsprechende eidgenössische und kantonale Gesetzgebung einhalten werde und dass das Sortiment der Apotheke sich auf das für mich bewilligte Arzneimittelsortiment beschränkt.

Ich werde ausschliesslich Arzneimittel gemäss Listen der «durch Swissmedic bezeichnete Arzneimittel zur Abgabe durch Fachleute der Komplementärmedizin mit eidgenössischem Diplom (gemäss Art. 49 Arzneimittelverordnung [VAM, SR 812.212.21])»<sup>1</sup> abgeben.

Ich werde ausschliesslich Arzneimittel im Rahmen der erworbenen Kompetenzen der in der Berufsausübungsbewilligung genannten Fachrichtungen aus den obgenannten Listen abgeben.

Mir ist bekannt, dass die Herstellung und Umkonfektionierung von Arzneimitteln sowie der Abschluss von Lohnherstellungsverträgen nicht gestattet sind.

Ich führe in der Praxis ein Qualitätssicherungssystem (QSS) gemäss Art. 30 Abs. 2 Heilmittelgesetz (HMG, SR 812.21) und § 18 kantonale Heilmittelverordnung (SRL Nr. 830) und kann dieses der Dienststelle Gesundheit und Sport jederzeit bei einer Kontrolle oder auf Verlangen vorlegen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift fvP

Zeichnungsberechtigte Person(en) des Betriebes/Bewilligungsinhabers

.....  
Funktion

.....  
Name + Vorname in Blockbuchstaben

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

<sup>1</sup> [Swissmedic Abgabeliste Arzneimittel der Abgabekategorie D durch Naturheilpraktikerinnen/Naturheilpraktiker mit eidgenössischem Diplom \(NHP ED\)](#)

---

**Dienststelle Gesundheit und Sport**

*Hinweise:*

*Beachten Sie unsere weiterführenden Informationen, Merkblätter und Formulare zum korrekten Umgang mit Heilmitteln auf:*

[www.gesundheit.lu.ch](http://www.gesundheit.lu.ch) und [www.kantonsapotheker.ch](http://www.kantonsapotheker.ch)

Mit diesem Gesuch sind folgende Unterlagen einzureichen:

- Kopie kantonale Berufsausübungsbewilligung
- Pläne für Planinspektion (elektronisch als PDF oder in Papier im Doppel)
- Handelsregisterauszug Bewilligungsträger (sofern juristische Person)
- Kopie gültige Berufshaftpflichtversicherung oder Betriebshaftpflichtversicherung (Nachweis der Gewerbemässigkeit) resp. eine aktuelle Bestätigung der Versicherung
- Strafregisterauszug (max. 3 Monate alt) der fvP

*Das **vollständig ausgefüllte** (elektronisch oder mit Blockschrift) und **unterzeichnete Formular** reichen Sie bitte zusammen mit den erforderlichen Unterlagen) an folgende Adresse ein:*

*Dienststelle Gesundheit und Sport, Bereich Heilmittel  
Meyerstrasse 20, Postfach 3439, 6002 Luzern*

*Wichtig: Nur vollständig ausgefüllte Anträge können sofort bearbeitet werden.*