

## GESUCH

Bewilligung zur **Ausübung des Drogistenberufes mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion** in einer Drogerie im Kanton Basel-Landschaft gem. des kantonalen Gesundheitsgesetzes (GesG; [SGS 901](#)) vom 21. Februar 2008 und § 20a der Verordnung über die Berufe im Gesundheitswesen ([SGS 914.12](#))

<b>Angaben zur gesuchstellenden Drogistin / zum gesuchstellenden Drogisten:</b>				
<b>Name, Vorname:</b>				
<b>Wohnadresse, PLZ, Ort:</b>				
<b>Geburtsdatum:</b>		<b>Tel.:</b>		
<b>Bewilligung gewünscht ab:</b>		<b>E-Mail:</b>		
<b>Verfügen Sie über einen EFZ Drogistin/Drogist sowie von der Kantonsapothekervereinigung anerkannte Weiterbildung (STV-Kurs)</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Ist Deutsch Ihre Muttersprache?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Können Sie bestätigen, 2 Jahre als Drogistin/Drogist praktisch gearbeitet zu haben?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Bestätigen Sie, die Rückseite des Gesuchs zur Tätigkeit mit erweiterter Verantwortung gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Wurde gegen Sie von der zuständigen Aufsichtsbehörde je eine Disziplinar-massnahme verhängt oder Ihnen die Tätigkeit eingeschränkt oder untersagt?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Ist ein Disziplinarverfahren gegen Sie hängig?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
<b>Ist ein Strafverfahren gegen Sie hängig?</b>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	nein
Wenn eine der drei Fragen mit ja beantwortet wurde, bitte auf separatem Blatt erläutern.				

### Mit diesem Gesuch einzureichende Unterlagen:

1. Kopie des eidg. Fähigkeitszeugnisses EFZ
2. Nachweis der 2-jährigen Tätigkeit
3. Nachweis der besuchten Zusatzausbildung, welche befähigt, die fachtechnische Verantwortung eingeschränkt zu übernehmen
4. Beruflicher Lebenslauf
5. [Privatauszug aus dem Schweizerischen Strafregister](#) (Original, nicht älter als 3 Monate); ggf. **zusätzlich** entsprechende Auszüge aus allen Ländern, in welchen die gesuchstellende Person während der letzten 10 Jahre Wohnsitz hatte oder den Drogistenberuf ausübte
6. Zusendung der Fortbildungsnachweise im Bereich Arzneimittel ab dem Jahr 2022

<b>Angaben zur Drogerie, in der die Tätigkeit ausgeübt werden soll:</b>	
<b>Name, Adresse der Drogerie</b>	
<b>Name, Vorname der fvP:</b>	

- Die Stellvertretung darf nur dann aufgenommen werden, wenn die fachtechnisch verantwortliche Person (fvP) festgestellt hat, dass die Bewilligungsinhaberin / der Bewilligungsinhaber über die erforderlichen Kenntnisse verfügt.
- Die Überprüfung der arbeitsrechtlichen Situation von ausländischen Drogistinnen / Drogisten bzw. das Einholen einer Arbeitsbewilligung ist Sache der Arbeitgeber.
- Die fvP bestätigt, dass für die Tätigkeit der gesuchstellenden Drogistin / des gesuchstellenden Drogists eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung besteht.

Tätigkeit mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion laut § 20a der Verordnung über die Berufe im Gesundheitswesen ([SGS 914.12](#))

1

Eine Bewilligung zur Ausübung des Drogistenberufs mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion wird an Personen erteilt, welche:

- a. über ein eidgenössisches Fähigkeitszeugnis als Drogistin oder Drogist verfügen;
- b. eine 2-jährige praktische Tätigkeit als Drogistin oder Drogist nachweisen;
- c. eine Zusatzausbildung absolviert haben, welche sie dazu befähigt, die fachtechnische Verantwortung in einer Drogerie eingeschränkt zu übernehmen.

2

Die Bewilligungsinhaberin oder der Bewilligungsinhaber ist berechtigt, die Stellvertretung von in fachlicher Eigenverantwortung tätigen Personen stundenweise, für maximal 2 Tage pro Woche sowie maximal 6 Wochen Ferien oder Krankheitsvertretung pro Jahr, wovon maximal 4 Wochen am Stück, zu übernehmen, sofern in diesen Zeiträumen eine Person mit Bewilligung zur fachlich eigenverantwortlichen Berufsausübung für Rückfragen erreichbar ist.

3

Die Bewilligung zur Ausübung des Drogistenberufs mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion ist auf die in der Bewilligung bezeichnete Drogerie beschränkt und auf 3 Jahre befristet. Eine Verlängerung ist möglich.

Die erweiterten Verantwortlichkeiten als Drogist/-in mit eingeschränkter Stellvertreterfunktion habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum:

Unterschrift der/-s gesuchstellenden Drogist/-in:

.....

.....

Ort / Datum:

Unterschrift der fachtechnisch verantwortlichen Person:

.....

.....

Die Unterzeichnenden bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass die eingeforderten und gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Sie erklären sich ferner mit der Einholung allfälliger Bewilligungsakten und Informationen von früheren Arbeitsorten und Behörden durch die KantonsapothekerIn einverstanden.

**Bitte vollständiges Gesuch mind. 2 Monate vor Beginn der Tätigkeit per Post senden an:  
Amt für Gesundheit, Abteilung Heilmittel, Rheinstrasse 16, Postfach, 4410 Liestal**