Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Versand des Formulars bevorzugt elektronisch:
E-Mail: btm-nummernzuweisung@bfarm.de
Fax: 0228 – 99 307 3633
oder auf dem Postweg:
Bundesopiumstelle
Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3
53175 Bonn

Anzeige einer Krankenhausapotheke zur Teilnahme am Betäubungsmittelverkehr

(gem. § 4 Abs. 3 BtMG)

Name und Privatanschrift der apothekenleitenden Person:

Name, ggf. Geburtsname | Vorname | Titel | Geburtsdatum / Ort

Straße, Hausnummer | Telefon-Nr. Privat

PLZ | Ort

zukünftige Angaben der Krankenhausapotheke:

BtM-Nummer **dieser** Krankenhausapotheke

Name (korrekt lautend **entsprechend der Betriebserlaubnis**)

PLZ | Ort | Straße, Hausnummer

Telefon-Nummer | Fax-Nummer | E-Mail-Adresse

Anzeigegrund:

- ☐ Neugründung
- ☐ Betreiberwechsel
- ☐ Änderung der Rechtsform
- ☐ Änderung des Namens oder der Anschrift der Apotheke
- ☐ Änderung des Nachnamens oder der Anschrift der apothekenleitenden Person
- ☐ Anzeige einer Änderung des Apothekenleiters**

Datum der Änderung

☐ In der Vergangenheit wurde/n **mir** für andere als die im Formular angegebene Apotheke bereits folgende BtM-Nummer/n zugeteilt:

☐ **Mir** wurde bisher keine BtM-Nr. zugeteilt.

Dieser Anzeige ist beigefügt:

☐ Eine Kopie der **neuen** Betriebserlaubnis*

☐ Die Kopie der **neuen** Betriebserlaubnis wird nachgereicht (Die Zuweisung der BtM-Nr. erfolgt allerdings erst nach vollständiger Einreichung der Unterlagen.)

Datum/Unterschrift der apothekenleitenden Person | Datum/Unterschrift/**Stempel** der Geschäftsführung

*) oder eine schriftliche Bestätigung der nach § 19 BtMG zuständigen Landesbehörde über die weiterhin bestehende Gültigkeit der bisherigen Betriebserlaubnis.
**) bei der Anzeige einer Änderung der apothekenleitenden Person genügt die Kopie der aktuellen Betriebserlaubnis