

**Fax/E-Mail Nr. 24/2018**

**An alle  
Apotheken in Hamburg  
(nur zum internen Gebrauch)**

31. Mai 2018

## **Heilberufsausweis und Institutionskarte: Welche Unterlagen werden benötigt?**

Sehr geehrte Mitglieder,

das Land Hamburg hat die Apothekerkammer Hamburg für die Ausgabe der Heilberufsausweise (HBA) und der Security Modul Card Typ B (SMC-B) als zuständige Stelle bestimmt.

Zum 1. Januar 2019 müssen alle Haupt- und Filialapotheken laut dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“ (§ 31a in Verbindung mit § 291a SGB V) in der Lage sein, elektronische Medikationspläne zu führen, zu aktualisieren und auf die Daten der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zuzugreifen.

Zur Vorbereitung des Ausgabeprozesses benötigt die Apothekerkammer Hamburg wichtige Unterlagen von allen Apothekerinnen und Apothekern.

Apothekeninhaber senden bitte an die Apothekerkammer Hamburg eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde, welche sie als berechtigte Apotheker ausweist und eine beglaubigte Kopie der Betriebserlaubnis, welche als Attribut für die SMC-B erforderlich ist.

Ganz wichtig ist, dass Sie uns auch Ihre private Anschrift mitteilen, die mit der Anschrift aus Ihrem Personalausweis (oder einem anderen amtlichen Identifikationsausweis, z. B. Reisepass) identisch ist, da bei der Ausgabe der Karten ein Identifikationsverfahren durchgeführt werden muss. Sollten die Daten nicht mit dem Personalausweis übereinstimmen, kann die Ausgabe der Karten nicht erfolgen. Verantwortliche Apotheker von Filialapotheken (Filialleiter) senden uns bitte eine beglaubigte Kopie ihrer Approbationsurkunde zu.

Die **beglaubigte Kopie** Ihrer Betriebserlaubnis/Approbationsurkunde senden Sie bitte per Post an folgende Adresse:

Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R.  
- HBA -  
Alte Rabenstraße 11 A  
20148 Hamburg

Die **beglaubigte Kopie** der Approbationsurkunde/Betriebserlaubnis sollten bei Vorlage **nicht älter als 3 Monate** sein. Sollten Sie uns bereits im letzten halben Jahr eine beglaubigte Kopie Ihrer Approbationsurkunde geschickt haben, so müssen Sie dies nicht wiederholen. Bitte senden Sie uns dann jedoch noch die weiteren hier geforderten Unterlagen zu.

Bitte benutzen Sie die anhängenden Formulare und senden diese ausgefüllt inkl. Anlagen **bis spätestens 30. Juni 2018** ausschließlich bitte an folgende E-Mail-Adresse: [hba@apothekerkammer-hamburg.de](mailto:hba@apothekerkammer-hamburg.de), Telefax (040 524 75 83-29) oder an unsere Postanschrift.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Geschäftsstelle  
APOTHEKERKAMMER HAMBURG K.d.ö.R.

**Rücksendung bitte bis  
spätestens 30. Juni 2018**

Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R.  
- HBA -  
Alte Rabenstraße 11a  
20148 Hamburg

## **Auskunft für die Erstellung der Institutionenkarte (SMC/B)**

**Persönliche Daten des Antragstellers** (Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!)

*Familiename:	*Vorname:
*Geburtsname:	*Titel:
*Straße: ( <b>Privatadresse</b> )	*PLZ, Ort:
*Personalausweis-Nr.:	

**Firmendaten zur Apotheke** (Formblatt ist pro in Hamburg ansässiger Betriebsstätte auszufüllen)

*Apothekename:	
*Straße:	*PLZ, Ort:
*Apotheken-IK:	

Apothekeninhaber senden bitte an die Apothekerkammer Hamburg eine beglaubigte Kopie der Approbationsurkunde, welche sie als berechtigte Apotheker ausweist **und** eine beglaubigte Kopie der Betriebserlaubnis, welche als Attribut für die SMC-B erforderlich ist.

Die **beglaubigten** Kopie Ihrer **Betriebserlaubnis** sollte bei Vorlage **nicht älter als 3 Monate** sein. Sollten Sie uns bereits im letzten halben Jahr eine beglaubigte Kopie Ihrer Betriebserlaubnis geschickt haben, so müssen Sie dies nicht wiederholen. Bitte senden Sie uns dann jedoch noch Ihre Privatanschrift sowie oben angeforderte Angaben formlos per E-Mail, ausschließlich an folgende E-Mail-Adresse: [hba@apothekerkammer-hamburg.de](mailto:hba@apothekerkammer-hamburg.de), Telefax (040 524 75 83-29) oder auf dem Postweg.

Ankreuzen, falls zutreffend:

Die beglaubigte Kopie meiner Betriebserlaubnis habe ich diesem Schreiben beigelegt.

Die beglaubigte Kopie meiner Approbationsurkunde habe ich diesem Schreiben beigelegt.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, korrekte Angaben zu meiner Person und Institution gemacht zu haben.**

---

Ort, Datum, Unterschrift des Antragsstellers\* (Apothekeninhaber) und **Firmenstempel\***

**\*PFLICHTFELDER**

**Rücksendung bitte bis  
spätestens 30. Juni 2018**

Apothekerkammer Hamburg K.d.ö.R.  
- HBA -  
Alte Rabenstraße 11a  
20148 Hamburg

## **Auskunft für die Erstellung des Heilberufeausweises (HBA)**

**Persönliche Daten des Antragstellers** (Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen!)

*Familiennamen:	*Vorname:
*Geburtsname:	*Titel:
*Straße:	*PLZ, Ort:
*Personalausweis-Nr.:	

**\*Pflichtfelder**

Die **beglaubigten Kopie Ihrer Approbationsurkunde** sollte bei Vorlage **nicht älter als 3 Monate** sein. Sollten Sie uns bereits im letzten halben Jahr eine beglaubigte Kopie Ihrer Approbationsurkunde geschickt haben, so müssen Sie dies nicht wiederholen. Bitte senden Sie uns dann jedoch noch Ihre Privatanschrift sowie oben angeforderte Angaben formlos per E-Mail, ausschließlich an folgende E-Mail-Adresse: hba@apothekerkammer-hamburg.de, Telefax (040 524 75 83-29) oder auf dem Postweg.

Ankreuzen, falls zutreffend:

Die beglaubigte Kopie meiner Approbation habe ich diesem Schreiben beigelegt .

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, korrekte Angaben zu meiner Person gemacht zu haben.**

---

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers