

**Anzeige nach § 67 Arzneimittelgesetz (AMG)  
zur erlaubnisfreien Herstellung von Arzneimitteln  
durch Ärzte, Zahnärzte oder sonst zur Ausübung der Heilkunde  
bei Menschen befugte Personen (Heilpraktiker)  
gemäß § 13 Absatz 2b AMG oder § 20d AMG**

**Formular bitte in Blockschrift ausfüllen!**

Erstanzeige\*                       Änderungsanzeige                       Abmeldung

\* Eine Kopie oder ein Scan der Approbationsurkunde bzw. Heilpraktikererlaubnis ist der Erstanzeige beizufügen.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Beruf/Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: *(kann bei ANR entfallen)* \_\_\_\_\_

Arztnummer (ANR): \_ \_ \_ \_ \_ (nur für Ärzte, 9-stellig)

Name der Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Die Herstellung folgender Arzneimittel unter Einhaltung der Vorgaben des § 13 Abs. 2b AMG oder § 20d AMG wird hiermit angezeigt:**

Nicht anzeigepflichtig ist die Rekonstitution von Fertigarzneimitteln, d. h. die Überführung in ihre anwendungsfähige Form unmittelbar vor ihrer Anwendung gemäß den Angaben der Packungsbeilage/ Fachinformation, sofern es sich nicht um Arzneimittel handelt, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind.

Nr.	Patientenindividuelle Herstellung	Arzt/Zahnarzt	Heilpraktiker
1	Mischinfusionen/-injektionen unter Verwendung arzneimittelrechtlich zugelassener oder registrierter Fertigarzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig
	1a Dialyselösungen	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt
	1b Parenterale Ernährungszubereitungen	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt
	1c Zytostatika-Zubereitungen	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt
2	Blutzubereitungen zur Geweberegeneration, Antiaging o. ä. (z. B. plättchenreiches Plasma (PRP), wachstumsfaktorenreiches Plasma (PRGF), sonst autolog konditioniertes Plasma o. ä.)	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt
3	Blutzubereitungen mittels maschineller Autotransfusion (MAT)	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt

Nr.	Patientenindividuelle Herstellung	Arzt/Zahnarzt	Heilpraktiker
4	Blutzubereitungen (homöopathisch) zur Eigenbluttherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ab D4*
5	Zubereitungen unter Verwendung tierischer oder mikrobieller Ausgangsstoffe (z. B. Organpeptide, Bakterienlysate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig
6	Fäkale Mikrobiota-Transplantate/ Stuhltransplantate (FMT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig
7	Arzneimittel zur inneren oder äußeren Anwendung (z. B. Arzneimittel zur oralen Anwendung, Lösungen, Tropfen, Salben, Globuli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig
8	Testallergene (z. B. Prick-, Epikutan- oder Reibetests)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig
9	Radioaktive Arzneimittel (Diagnostika und Therapeutika)	<input type="checkbox"/>	Nicht erlaubt
10	Entnahme bzw. Be- oder Verarbeitung etc. von menschlichem Gewebe gemäß § 20d AMG (z. B. Fettgewebe, homologe Insemination)	<input type="checkbox"/> Zahnärzten nicht erlaubt	Nicht erlaubt
11	Andere Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sofern nicht verschreibungspflichtig

\* Die patientenindividuelle Herstellung von Produkten zur Eigenbluttherapie ist für Heilpraktiker nur dann erlaubt, wenn diese Arzneimittel nach einer homöopathischen Verfahrenstechnik, insbesondere nach den Regeln des Homöopathischen Arzneibuches hergestellt werden und ihre Endkonzentration die vierte Dezimalpotenz nicht übersteigt, d. h. D4, D5, D6 etc. (§ 5 Arzneimittelverschreibungsverordnung)

Bitte erläutern Sie ergänzend, welche Fertigarzneimittelgruppen/Wirkstoffe/Chemikalien/Gewebe verwendet werden und in welcher Form das hergestellte Arzneimittel appliziert wird:

---



---



---

(Sofern Ihnen der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen)

Werden die Arzneimittel ausschließlich in der o. g. Herstellungsstätte hergestellt?  Ja  Nein  
Falls „Nein“ angekreuzt wurde, bitte Name und Adresse der weiteren Herstellungsstätte angeben und die oben angekreuzten Arzneimittel zuordnen:

---



---



---

(Sofern Ihnen der Platz nicht ausreicht, bitte Anlage beifügen)

**Hiermit erkläre ich, dass ich die oben angezeigten Arzneimittel gemäß § 13 Abs. 2b Satz 1 AMG oder § 20d AMG ausschließlich unter meiner unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten herstelle (Personenidentität von Herstellung und Anwendung).**

Ich versichere, dass alle in dieser Anzeige gemachten Angaben richtig und vollständig sind.  
Das „Merkblatt zur erlaubnisfreien Arzneimittelherstellung gemäß § 13 Absatz 2b Arzneimittelgesetz (AMG) oder § 20d AMG durch Ärzte, Zahnärzte oder sonst zur Ausübung der Heilkunde bei Menschen befugte Personen (Heilpraktiker)“ der Regierungspräsidien Baden-Württembergs habe ich zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der anzeigenden Person