**Briefkopf der Apotheke/Stempel**

**Selbstauskunft nach § 3 Abs. 4a Satz 2 Coronavirus-Impfverordnung**

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

1. bei mir/uns nur Personen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen, die hierzu berechtigt sind durch

□ eine ärztliche Schulung nach § 20b Abs. 1 Nummer 1 IfSG (Impfberechtigung ab 12 Jahre)

□ eine ärztliche Schulung nach § 132j SGB V (Impfberechtigung ab 18 Jahre)

1. bei mir/uns eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung zur Verfügung steht, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist, und
2. bei mir/uns eine nach berufsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflichtversicherung für die berufliche Tätigkeit, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 abdeckt, vorhanden ist.

**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift Apothekeninhaber:in/Stempel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Auf der Homepage der Apothekerkammer des Saarlandes werden die Apotheken, die eine Selbstauskunft nach § 3 Abs. 4a Satz 2 Coronavirus-Impfverordnung abgegeben haben, veröffentlicht. Mit der Weitergabe und Veröffentlichung meiner Daten (Name, Anschrift, Kontaktdaten der Apotheke, altersabhängige Impfberechtigung) zwecks dieser Information erkläre ich mich ausdrücklich einverstanden.

**Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Unterschrift Apothekeninhaber:in/Stempel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**