**Eigenerklärung zur Durchführung von Schutzimpfungen**

**in den Apotheken gemäß ApBetrO § 2 Abs. 3a**

Name der Apotheke/ Apothekenstempel:

|  |
| --- |
|  |

1. Wird die Impfung in den Apothekenbetriebsräumen oder extern durchgeführt?
2. wenn extern:

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse |  |
| Welcher Raum dort? |  |
| Entfernung zur Apotheke in km |  |
| Raumgröße in m² (mind. 5 m²)? |  |
| Liege vorhanden?  (wenn keine Liege vorhanden ist, können keine Impfungen durchgeführt werden) | [ ] ja [ ] nein |

1. wenn intern in angezeigten Apothekenbetriebsräumen:

|  |  |
| --- | --- |
| Welcher Raum? |  |
| Raumgröße in m² (mind. 5 m²)?  (in der Rezeptur dürfen keine Grippe-impfungen durchgeführt werden;  im Labor im Einzelfall – bitte Rücksprache mit der Geschäftsstelle) |  |
| Liege vorhanden?  (wenn keine Liege vorhanden ist, können keine Impfungen durchgeführt werden) | [ ] ja [ ] nein |

1. Gibt es einen geeigneten Wartebereich?

[ ] ja [ ] nein

1. Beeinträchtigt die Nutzung der Räumlichkeit zum Impfen den ordnungsgemäßen Betrieb der Apotheke?

[ ] ja [ ] nein

1. Werden die notwendigen Hygienemaßnahmen eingehalten und dokumentiert?

[ ] ja [ ] nein

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel und Unterschrift