



Anzeigeformular zur Anmeldung, Änderung oder Abmeldung der Durchführung von Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken gemäß § 2 Abs. 3a i.V.m. § 35a ApBetrO

Der Apothekenleiter hat der zuständigen Behörde die Durchführung von Schutzimpfungen und, sofern nicht ausschließlich aufsuchendes Impfen durchgeführt wird, die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten **spätestens eine Woche vor Aufnahme** der Impfungen anzuzeigen. Änderungen bezüglich der Durchführung von Schutzimpfungen oder der Räumlichkeiten sind der zuständigen Behörde spätestens eine Woche vor Umsetzung der Änderung anzuzeigen. Dies betrifft auch eine Abmeldung der Impftätigkeit.

Anzeige durch (Name Apothekenleiter*in): _____

Apotheke (Name, Adresse): _____

Hiermit zeige ich die ☐ Durchführung ☐ Änderung der Durchführung
von Schutzimpfungen gemäß § 2 Abs. 3a i.V.m. § 35a ApBetrO in der oben genannten Apotheke an.

Gewünschter Termin Beginn (Datum): _____

Hinweis: Erst nach erfolgter Anzeigenbestätigung durch die Behörde kann mit dem Impfen begonnen werden

Art der Änderung (falls zutreffend ausfüllen): _____

Die Details ergeben sich aus der übermittelten Checkliste, deren Richtigkeit ich mit meiner Unterschrift und den eingereichten Unterlagen bestätige.

Hiermit bestätige ich, dass der reguläre Apothekenbetrieb durch das Impfen nicht beeinträchtigt wird.

☐ Hiermit zeige ich die Abmeldung der Durchführung von Schutzimpfungen gemäß § 2 Abs. 3a i.V.m. § 35a ApBetrO in der obengenannten Apotheke zum (Datum) _____ an.

Datum, Unterschrift Apothekenleiter*in

Checkliste zur Anmeldung bzw. Änderung der Durchführung von Schutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

Die einzureichenden Unterlagen sind zusammen mit der ausgefüllten Checkliste per E-Mail an apotheken@lagus.mv-regierung.de zu senden.

Art der Impfung: ☐ Sars-Cov-2 ☐ Influenza ☐ Sonstiges: _____

1 Einzureichende Unterlagen

Tabelle 1: Checkliste der einzureichenden Unterlagen

Bitte Ankreuzen	Bezeichnung	Bewertung (auszufüllen durch AMÜSt)
	Lageplan mit Angabe des Impfraums, des Wartebereichs und Darstellung der Patientenströme (Laufwege).	
	bei Räumen, die bisher nicht zu den Apothekenbetriebsräumen gehören: Angabe der genauen Adresse und Nachweis über die Verfügungsgewalt (z.B. Mietvertrag) Hinweis: Eine Änderung der Apothekenbetriebserlaubnis wird erforderlich, wenn die zusätzlichen Räume von dieser nicht erfasst werden! In diesem Fall ist die Anpassung der Betriebserlaubnis entsprechend zu beantragen.	
	Fotos des Impfraumes inkl. Ausstattung Hinweis: eine Liege muss vorhanden sein	
	Nachweis der Impfberechtigung für Apotheker (Bestätigung der erfolgreichen Teilnahme an der Schulung zur Durchführung von Gripeschutzimpfungen und Schutzimpfungen nach § 20c IfSG)	
	Nachweis einer Betriebshaftpflichtversicherung für die Apotheke, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfungen abdeckt	
Regelungen im QMS		
	QM-Regelungen gemäß § 35 a Abs. 1 ApBetrO	
	Regelungen inwieweit jederzeit vertretungsberechtigtes Personal gemäß § 2 Abs. 6 ApBetrO vorhanden ist um während der Impfzeiten die Apotheke zu leiten (Urlaub, andere Abwesenheiten)	
	Regelungen zur Qualifizierung und regelmäßiger Schulung inkl. Dokumentation des unterstützenden pharmazeutischen Personals	
	detaillierter Notfallplan für das Auftreten von Impfnebenwirkungen bzw. sonstigen Vorfällen und die einzuleitenden Maßnahmen / Festlegungen für die erforderliche Ausrüstung (u.a. Anaphylaxie-Notfallset mit Adrenalin und weiteren relevanten Medikamenten)	
	Lagerung der Impfstoffe	
	Bei aufsuchendem Impfen: Festlegungen zu Ablauf, Vorbereitung, Transport der Impfstoffe, Material, Zubehör und Personal	

2 Details der Räumlichkeiten (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Nutzung eines bestehenden Raumes innerhalb der Apothekenbetriebsräume

Tabelle 2: Details zu bestehenden Apothekenbetriebsräumen

Prüfpunkt	Erläuterung	Bewertung (auszufüllen durch AMÜSt)
Angabe, welcher bestehende Raum bzw. welche Räume der Apotheke genutzt werden sollen		
Erläuterung dazu, wie ein unbefugter Zugriff auf apothekenpflichtige Arzneimittel, Ausgangsstoffe und Chemikalien ausgeschlossen wird		
Angaben zum Umfang der Impftätigkeit (zeitlich, organisatorisch)		

☐ **Nutzung eines externen Raumes** (bei Räumen, die bisher nicht zu den Apothekenbetriebsräumen gehören, siehe Angaben und Hinweise bei „einzureichende Unterlagen“ oben)

Tabelle 3: Details zu externen Räumen

Prüfpunkt	Erläuterung	Bewertung (auszufüllen durch AMÜSt)
Anschrift und Entfernung zur Apotheke		
Angaben zum Umfang der Impftätigkeit (zeitlich, organisatorisch)		

☐ **aufsuchendes Impfen**

Tabelle 4: Details zum aufsuchenden Impfen

Prüfpunkt	Erläuterung	Bewertung (auszufüllen durch AMÜSt)
Detailangaben zum geplanten Angebot und zum Umfang der Impftätigkeit (örtlich, zeitlich, organisatorisch)		