

■ Durchführung von Schutzimpfungen – Anzeige

Gemäß § 2 Abs. 3 Satz 2 Apothekenbetriebsordnung

Apotheke		
	Apothekenname	Arbeitgeber-Nr. (vierstellig)
	Straße	
	PLZ	Ort
Apothekenleiter / in		
	Name	Vorname
	Hiermit zeige ich die Durchführung von Schutzimpfungen in der von mir geleiteten Apotheke an. Ich versichere, die Vorgaben des § 2 Absatz 3a und des § 35a ApBetrO „Vorbereitung und Durchführung von Schutzimpfungen durch öffentliche Apotheken“ einzuhalten. ☐ Die Schutzimpfungen werden in bestehenden Betriebsräumen der Apotheke durchgeführt. Einen Apothekenplan, aus dem die Lage des Raumes inklusive Wartebereich und die Ausstattung hervorgehen, füge ich der Anzeige bei. ☐ Die Schutzimpfungen sollen in Räumen durchgeführt werden, die außerhalb der Raumeinheit liegen und bislang nicht in der Betriebserlaubnis genannt werden. Den Nachweis über die Verfügungsgewalt der Räume (Mietvertrag, Eigentumsnachweis jeweils mit Nennung der Adresse), und Plan, aus dem die Lage des Raumes inklusive Wartebereich und die Ausstattung hervorgehen, füge ich der Anzeige bei.	
Unterschrift		
	Unterschrift Apothekenleiter/in	Ort, Datum