



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.bs.ch/md

Meldeformular: Durchführung von Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, § 12a Heilmittelverordnung (SG 340.100)

Personalien der fachlich verantwortlichen Person

GLN UID

Name

Vorname

Geburtsdatum Geschlecht m w

Funktion

Angaben zur Apotheke

Name

Strasse Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon Mobil

Mailadresse

Voraussetzungen der Impftätigkeit

Die meldende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die Voraussetzungen von § 12a Heilmittelverordnung (SG 340.100) erfüllt sind:

§ 12a Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker

- 1 Apothekerinnen und Apotheker können ohne ärztliche Verschreibung die gemäss den Richtlinien des jeweils geltenden Schweizerischen Impfplans empfohlenen Impfungen an Personen, die das 16. Altersjahr vollendet haben, vornehmen.
 - 2 Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen, verfügen über:
 - a) den Fähigkeitsausweis FPH Impfen und Blutentnahme und erfüllen die damit verbundenen Fortbildungspflichten;
 - b) geeignete Räumlichkeiten, insbesondere über einen abgetrennten und nicht einsehbaren Bereich mit der Möglichkeit, die zu impfende Person in liegender Position zu lagern;
 - c) eine Notfallausrüstung;
 - d) ein angemessenes Qualitätssicherungssystem.
 - 3 Sie melden sich vorgängig mit dem dafür vorgesehenen Formular bei der Kantonsapothekerin oder dem Kantonsapotheker.
 - 4 Das spezifische Risiko der Impftätigkeit ist durch eine Haftpflichtversicherung abgedeckt.
 - 5 Die Kantonsapothekerin oder der Kantonsapotheker kann ergänzende Weisungen erlassen.
-

Impfen durch fachliche Stellvertretung mit Berufsausübungsbewilligung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Funktion

Impfen durch eingeschränkte Stellvertretung nach § 29a Bewilligungsverordnung oder durch dipl. Apothekerinnen und Apotheker ohne Berufsausübungsbewilligung

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Funktion

Erforderliche Beilagen

- | | |
|---|-------|
| – Fähigkeitsausweis FPH Impfen und Blutentnahme oder Zertifikat Universität | Kopie |
| – Haftpflichtversicherungsnachweis | Kopie |
| – Prozesse zur Impftätigkeit als Teil des Qualitätssicherungssystems | Kopie |
| – Plan der Räumlichkeiten für Impftätigkeit | Kopie |
-

Ort und Datum

Unterschrift fachl. Leitung
Stempel Apotheke

Unterschrift
impfende Person