



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 folgende Impfungen an Personen, die das 16. Altersjahr vollendet haben, vornehmen:
  - a) Impfung gegen Grippe;
  - b) Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME);
  - c) Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B sowie Hepatitis A + B;
  - d) Impfung gegen Covid-19;
  - e) Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP);
  - f) Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR);
  - g) Impfung gegen Meningokokken;
  - h) Impfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose).
- 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 Kantons-apothekerin 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**

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