

<b>Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern</b>	<b>Impfen in öffentlichen Apotheken Gesuch Checkliste</b>		<b>Kantonsapothekeramt</b>
Dokumenten-Nr.:	FO 0421-03 D	Version	V02

### I. Betrieb

Name:	
Adresse und Ort:	
Gültige Betriebsbewilligung des Kt. Bern für öffentliche Apotheke inkl. zum Impfen durch impfberechtigte Personen vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### II. Impfberechtigte Person

Gesuchstellende Person (Vornamen, Namen):	
GLN Nr.	
Gültige Berufsausübungsbewilligung oder StV-Bewilligung des Kt. Bern vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gültiger Fähigkeitsausweis FPH vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haftpflichtversicherung mit Impfrisiko abgedeckt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impfungen werden nachweislich nur durch BewilligungsinhaberInnen <b>persönlich</b> durchgeführt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Impftauglichkeit wird nachweislich mit Fragebogen von pharmaSuisse abgeklärt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### III. Räumlichkeiten und Ausrüstung in denen geimpft wird

Abgetrennter, nicht einsehbarer und akustisch abgetrennter Bereich mit einer Liege oder Sitzmöglichkeit, die sich in eine Liegeposition bringen lässt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wird dieser Bereich nur für Impfungen benutzt? Falls nein, für welche andere Zwecke:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sondermüllbehälter für gebrauchte Spritzen und Tupfer:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Handwaschgelegenheit in unmittelbarer Nähe:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Wo?	
Telefonanschluss bzw. Funktelefon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Wo?	
Patientengarderobe (Kleiderständer):	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Wo?	
Überwachung geimpfter Patienten möglich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
• Wie und wo?	

#### III.1.1 Zustand der Räume

Ordnung/Hygiene/Sauberkeit in den Räumen:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Zweckentfremdende Nutzung:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> häufig
Unterhalt allgemein:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Beleuchtung :	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> genügend	<input type="checkbox"/> ungenügend
Ist genügend Platz vorhanden, um vorschriftsgemäss impfen zu können?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

#### III.1.2 Notfallequipment

Obligatorisches Sortiment vorhanden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sauerstoff:	Menge:
Antihistaminikum in Tablettenform:	Menge:
Cortison in Tablettenform:	Menge:

<b>Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern</b>	<b>Impfen in öffentlichen Apotheken</b>		<b>Kantonsapothekeramt</b>
	<b>Gesuch Checkliste</b>		
Dokumenten-Nr.:	FO 0421-03 D	Version	V02

Bronchospasmolytikum in Sprayform:	Menge:
Adrenalin-Fertigspritze	Menge:
Verfalldaten kontrolliert/dokumentiert:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Anwendung und Dosierung bekannt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nächstes Spital und nächstes Regionalzentrum bekannt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### IV. Dokumentation

##### IV.1.1 QSS/Betriebsdokumentation

• Schriftliches Konzept (SOP) für den Ablauf der Impfungen besteht und wird umgesetzt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Schriftliches Konzept (SOP) für das Vorgehen nach Ereignissen mit möglicher Übertragung einer Infektionskrankheit besteht und wird umgesetzt (inkl. vorgängiger Hepatitis-B-Impfung der impfberechtigten Person).	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

##### IV.1.2 Patientendokumentation

Patientendokumentation wird geführt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Fragebögen zur vorgenommenen oder nicht vorgenommenen Impfung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Weitere wesentliche Gesprächsinhalte vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Erwähnung von nicht schriftlich bestätigten Einwilligungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr. des applizierten Impfstoffes aufgeführt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Allfällige Nebenwirkungen dokumentiert:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
• Impfung im Triagebogen mit Stempel/Unterschrift bestätigt:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Impfausweis</b>		
• Name Impfstoff, Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr., Name Impfstelle wird ins elektronische Impfdossier <a href="http://www.meineimpfungen.ch">www.meineimpfungen.ch</a> oder im Impfausweis/Impfbüchlein eingetragen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

#### V. Meldungen schwerer Reaktionen auf Impfungen

Systemische Reaktionen müssen als vermutete unerwünschte Arzneimittelwirkung gemeldet werden an (dazu soll eine Kopie des anonymisierten Triage-Fragebogens sowie des Swissmedic-Meldeformulars per Email geschickt werden):

1) Swissmedic (pharmacovigilance-Formular [ <a href="https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance/formulare.html">https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance/formulare.html</a> ] oder via der Plattform EIViS)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2) Dem Kantonsapotheker: <a href="mailto:samuel.steiner@gef.be.ch">samuel.steiner@gef.be.ch</a>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3) pharmaSuisse: <a href="mailto:impfberatung@pharmasuisse.org">impfberatung@pharmasuisse.org</a>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Meldungen dokumentiert:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Informationen können Sie dem Merkblatt auf unserer Homepage unter Publikationen/Merkblätter entnehmen.

Der/die Unterzeichnende (impfberechtigte Person) bestätigt hiermit, dass die gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift (impfberechtigte Person) : \_\_\_\_\_