# Betrieb

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name: | | | |
| Adresse und Ort: |  | | |
| Gültige Betriebsbewilligung des Kt. Bern für öffentliche Apotheke inkl. zum Impfen durch impfberechtigte Personen vorhanden? | | Ja | Nein |

# Impfberechtigte Person

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

# 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: | Ja | Nein |
| Wird dieser Bereich nur für Impfungen benutzt?  Falls nein, für welche andere Zwecke: | Ja | Nein |
| Sondermüllbehälter für gebrauchte Spritzen und Tupfer: | Ja | Nein |
| Handwaschgelegenheit in unmittelbarer Nähe:   * Wo? | Ja | Nein |
| Telefonanschluss bzw. Funktelefon:   * Wo? | Ja | Nein |
| Patientengarderobe (Kleiderständer):   * Wo? | Ja | Nein |
| Überwachung geimpfter Patienten möglich?   * Wie und wo? | Ja | Nein |

### Zustand der Räume

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ordnung/Hygiene/Sauberkeit in den Räumen: | gut | genügend | ungenügend | |
| Zweckentfremdende Nutzung: | keine | teilweise | häufig | |
| Unterhalt allgemein: | gut | genügend | ungenügend | |
| Beleuchtung : | gut | genügend | ungenügend | |
| Ist genügend Platz vorhanden, um vorschriftsgemäss impfen zu können? | | | Ja | Nein |

### Notfallequipment

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Obligatorisches Sortiment vorhanden: | Ja | Nein |
| Sauerstoff: | Menge: | |
| Antihistaminikum in Tablettenform: | Menge: | |
| Cortison in Tablettenform: | Menge: | |
| Bronchospasmolytikum in Sprayform: | Menge: | |
| Adrenalin-Fertigspritze | Menge: | |
| Verfalldaten kontrolliert/dokumentiert: | Ja | Nein |
| Anwendung und Dosierung bekannt: | Ja | Nein |
| Nächstes Spital und nächstes Regionalzentrum bekannt: | Ja | Nein |

# Dokumentation

### QSS/Betriebsdokumentation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Schriftliches Konzept (SOP) für den Ablauf der Impfungen besteht und wird umgesetzt? | Ja | 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). | Ja | Nein |

### Patientendokumentation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patientendokumentation wird geführt: | Ja | Nein |
| * Fragebögen zur vorgenommenen oder nicht vorgenommenen Impfung vorhanden? | Ja | Nein |
| * Weitere wesentliche Gesprächsinhalte vorhanden? | Ja | Nein |
| * Erwähnung von nicht schriftlich bestätigten Einwilligungen? | Ja | Nein |
| * Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr. des applizierten Impfstoffes aufgeführt: | Ja | Nein |
| * Allfällige Nebenwirkungen dokumentiert: | Ja | Nein |
| * Impfung im Triagebogen mit Stempel/Unterschrift bestätigt: | Ja | Nein |
| **Impfausweis** |  |  |
| * Name Impfstoff, Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr., Name Impfstelle wird ins elektronische Impfdossier [www.meineimpfungen.ch](http://www.meineimpfungen.ch) oder im Impfausweis/Impfbüchlein eingetragen: | Ja | Nein |

# 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 [https://www.swissmedic.ch/swissmedic/de/home/humanarzneimittel/marktueberwachung/pharmacovigilance/formulare.html] oder via der Plattform ElViS) | Ja | Nein |
| 1. Dem Kantonsapotheker: samuel.steiner@gef.be.ch | Ja | Nein |
| 1. pharmaSuisse: [impfberatung@pharmasuisse.org](mailto:impfberatung@pharmasuisse.org) | Ja | Nein |
| Meldungen dokumentiert: | Ja | Nein |

Informationen können Sie dem [Merkblatt](http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kapa/publikationen/merkblaetter.assetref/dam/documents/GEF/KAPA/de/KAZA_Merkblatt_Impfen_Aug_16_de_signed.pdf) 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) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_