# 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-Bewilligungdes 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
 | [ ]  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) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_