

## Protokoll I → Durchführung von Impfungen in der Apotheke

Datum der Besichtigung/ zur Niederschrift vom .....  
Apothekenanschrift (Stempel):

### 1. Anzeige

Anzeige zur Durchführung von Impfungen (einschließlich aufsuchendes Impfen) bei der LDS erfolgt (§ 2 Abs. 3a ApBetrO) ja  nein  \*

### 2. Räume

1.1 Externe Räume für Impfungen (§ 35a Abs. 3 Satz 4 ApBetrO) ja  nein  \*  
wenn ja, wo: .....

1.2 Räume zum Impfen geeignet (§ 35a Abs. 3 ApBetrO) ja  nein  \*

#### 1.2.1 Größe und Lage

- wo: ..... ja  nein  \*
- Wartebereich vorhanden ja  nein  \*
- Größe angemessen ja  nein  \*
- Zugang ..... ja  nein  \*

#### 1.2.2 Ausstattung

- Sitzmöglichkeiten ja  nein  \*
- (Klapp-)Liege ja  nein  \*
- optische Barrieren/Privatsphäre ja  nein  \*

#### 1.2.3 Hygienische Anforderung

- Fußboden u. Oberflächen feucht zu reinigen und zu desinfizieren ja  nein  \*
- Hygieneplan (§ 35a Abs. 6 ApBetrO) ja  nein  \*

### 3. Personal

Apotheker in Impfräumen tätig (§ 35a Abs. 2 ApBetrO) ja  nein  \*  
- Berechtigung nach § 20c Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (z.B. Schulungsnachweis BAK) ja  nein  \*

Namen der impfenden Apotheker:

.....  
.....  
.....

### 4. Qualitätsmanagementsystem

QMS vorhanden (§ 35a Abs. 1 ApBetrO) ja  nein  \*

\*: 0 Hinweis, 1 Einzelfall, 2 schwerwiegende, mehrfache Beanstandung → siehe Punkt „Bemerkungen“, X nicht zutreffend

## 5. Dokumentation

Dokumentation der Impfung (§ 35a Abs. 5 ApBetrO)

- |   |                             |                               |                          |   |
|---|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------|---|
|   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| a) Datum und Durchführung der <u>Aufklärung</u> der zu impfenden Person                       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| b) Datum und Durchführung der <u>Anamnese</u>   | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| c) <u>Einwilligung</u> der zu impfenden Person  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| d) Datum der Impfung  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| e) Bezeichnung und Chargenbezeichnung des verwendeten Impfstoffes                             | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| f) Name der geimpften Person, deren Geburtsdatum und Anschrift                                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| g) Name und Anschrift der Apotheke  | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |
| h) Name und Bestätigung der Person, die die Aufklärung, Anamnese und Impfung durchgeführt hat | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | * |

Aufbewahrung (10 Jahren ab dem Datum, an dem die Impfung durchgeführt wurde)

ja  nein  \*

## 6. Betriebshaftpflichtversicherung

Betriebshaftpflichtversicherung, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Impfung abdeckt (§ 2 Abs. 3a Nr. 4 ApBetrO)

ja  nein  \*

### Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soweit in der Niederschrift Angaben des Apothekenleiters aufgenommen worden sind, wird die richtige Wiedergabe bestätigt. Der Apothekenleiter erklärt, dass er keine weiteren Räume zum Impfen nutzt.

Diese Niederschrift dient dem Apotheker als Unterstützung in seiner Verantwortlichkeit für die ordnungsgemäße Durchführung von Impfungen. Sie kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben und stellt den Apothekenleiter nicht von der Beseitigung unentdeckter Mängel frei.

Bitte teilen Sie der Landesdirektion Sachsen, Dienststelle Leipzig, Braustraße 2, 04107 Leipzig, schriftlich oder per E-Mail ([apotheken@lds.sachsen.de](mailto:apotheken@lds.sachsen.de)) bis zum ..... mit, wie Sie die im Begehungsprotokoll aufgeführten Mängel beseitigt bzw. Hinweise umgesetzt haben.

Apothekenleiter

Sachverständiger

Landesdirektion Sachsen

\*: 0 Hinweis, 1 Einzelfall, 2 schwerwiegende, mehrfache Beanstandung → siehe Punkt „Bemerkungen“, X nicht zutreffend