

Anzeige der Durchführung von Schutzimpfungen gem. § 2 Abs. 3a ApBetrO

Anmeldung

Änderung

Abmeldung

zum _____

- Name und Adresse der Apotheke, in der die Schutzimpfung erfolgen soll
(bei Abmeldung: Apotheke in der die Schutzimpfung nicht mehr erfolgen soll):

- Vor- und Zuname des Apothekenleiters/Filialapothekenleiters (m/w/d)

- Anbei ein Einrichtungsplan der Apothekenbetriebsräume, auf dem der Raum zur Durchführung der Impfung markiert ist und in dem sich **ein Stuhl und eine Liege** befinden.

Den Plan bitte als

Scan an

Kopie per Post an: Regierungspräsidium

- Die Schutzimpfung wird in Räumlichkeiten durchgeführt, deren Nutzung für das Impfen den ordnungsgemäßen Apothekenbetrieb nicht stört. Es werden hierfür insbesondere keine Räume genutzt, für die ein anderweitiger Zweck vorgesehen ist:

innerhalb der Raumeinheit der Apotheke

außerhalb der Raumeinheit der Apotheke mit Adresse und Angabe der Entfernung:

Ich bestätige hiermit als Apothekenleiter (m/w/d) die Einhaltung der Vorgaben gem. § 2 Absatz 3a und § 35a ApBetrO.

_____ **Datum**

_____ **Unterschrift des Apothekenleiters (m/w/d)**

Datenschutz-Hinweis:

Informationen zum Schutz personenbezogener Daten, die die Regierungspräsidien verarbeiten, finden Sie auf unserer Internetseite Datenschutzerklärungen unter dem Titel „25-02FKT_102-01S: Arzneimittel- und Apothekenwesen“.
Auf Wunsch werden diese Informationen in Papierform versandt.