

Apothekenstempel

Selbstauskunft
nach § 3 Abs. 4a Satz 2 Coronavirus-Impfverordnung

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

- a) bei mir/bei uns nur Personen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen, die hierzu berechtigt sind,
- b) bei mir/bei uns eine geeignete Räumlichkeit mit der Ausstattung zur Verfügung steht, die für die Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 erforderlich ist und
- c) bei mir/bei uns eine nach berufsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflichtversicherung für die berufliche Tätigkeit, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfung abdeckt, vorhanden ist.

Datum, Ort _____

Unterschrift der Apothekenleitung _____