



Bewilligungen
Malzgasse 30
CH-4001 Basel

Tel: +41 61 267 95 26
E-Mail: bewilligungen-bs@hin.ch
www.medizinischdienste.bs.ch

Meldeformular: Durchführung von Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker, § 12a Heilmittelverordnung (SG 340.100)

Personalien

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht m w

Funktion

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Land

Telefon

Mobil

Mailadresse

Angaben zur Apotheke

Name

Strasse

Nr.

Postleitzahl

Ort

Telefon

Mobil

Mailadresse

Voraussetzungen der Impftätigkeit

Die meldende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass die Voraussetzungen von § 12a Heilmittelverordnung (SG 340.100) erfüllt sind:

§ 12a Impfungen durch Apothekerinnen und Apotheker

- 1 Apothekerinnen und Apotheker können ohne ärztliche Verschreibung folgende Impfungen an Personen, die das 16. Altersjahr vollendet haben, vornehmen:
 - a) Impfung gegen Grippe;
 - b) Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME);
 - c) Impfungen gegen Hepatitis A, Hepatitis B sowie Hepatitis A + B;
 - d) Impfung gegen Covid-19;
 - e) Impfung gegen Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten (DTP);
 - f) Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln (MMR);
 - g) Impfung gegen Meningokokken;
 - h) Impfung gegen Herpes Zoster (Gürtelrose).

- 2 Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen, verfügen über:
 - a) den Fähigkeitsausweis FPH Impfen und Blutentnahme und erfüllen die damit verbundenen Fortbildungspflichten;
 - b) geeignete Räumlichkeiten, insbesondere über einen abgetrennten und nicht einsehbaren Bereich mit der Möglichkeit, die zu impfende Person in liegender Position zu lagern;
 - c) eine Notfallausrüstung;
 - d) ein angemessenes Qualitätssicherungssystem.

- 3 Sie melden sich vorgängig mit dem dafür vorgesehenen Formular bei der Kantonsapothekerin oder dem Kantonsapotheker.

- 4 Das spezifische Risiko der Impftätigkeit ist durch eine Haftpflichtversicherung abgedeckt.

- 5 Die Kantonsapothekerin oder der Kantonsapotheker kann ergänzende Weisungen erlassen.

Erforderliche Beilagen

– Fähigkeitsausweis FPH Impfen und Blutentnahme oder Zertifikat Universität	Kopie
– Haftpflichtversicherungsnachweis	Kopie
– Prozesse zur Impftätigkeit als Teil des Qualitätssicherungssystems	Kopie
– Plan der Räumlichkeiten für Impftätigkeit	Kopie

Ort und Datum

Unterschrift fachl. Leitung
Stempel Apotheke