



- Landesapothekerkammer - Brandenburg



Landesapothekerkammer Brandenburg
Am Buchhorst 18

14478 Potsdam

oder per Fax: 0331 – 888 66 20

Selbstauskunft nach § 3 Absatz 4a Satz 2 Coronavirus- Impfverordnung

Hiermit bestätige/n ich/wir für die _____, dass
Apothekename, Ort

- a) bei mir/uns nur Personen Impfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 durchführen, die hierzu berechtigt sind,
- b) bei mir/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/uns eine nach berufsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflichtversicherung für die berufliche Tätigkeit, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfung abdeckt, vorhanden ist



Stempel der Betriebsstätte

Datum, Ort

Unterschrift Apothekeninhaber