

Selbstauskunft nach § 3 Abs. 4a Coronavirus-Impfverordnung

Übermittlung der Selbstauskunft an die Apothekerkammer Berlin:

Gescannt per Email an post@akberlin.de
oder per FAX an 030/31 59 64 30
oder per Post an Littenstraße 10; 10179 Berlin

Hiermit bestätige ich,

Apothekeninhaber:in (Name, Vorname, Titel):

Name und Anschrift der Apotheke:

Apothekennummer (wenn bekannt):

Ö

E-Mail-Adresse des/der Apothekeninhaber:in:

Telefonnummer der Apotheke:

dass

- 1. bei mir/bei uns nur Personen, die zur Durchführung von Schutzimpfungen gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 berechtigt sind, die Impfungen durchführen,**
- 2. 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**
- 3. bei mir/bei uns eine nach berufsrechtlichen Vorschriften erforderliche Betriebshaftpflichtversicherung, die mögliche Schädigungen aus der Durchführung der Schutzimpfung abdeckt, vorhanden ist**

Datum, Unterschrift:

Stempel: