



Meldeformular für Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen möchten

1. Persönliche Angaben

Name / Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Datum und Nummer der
Berufsausübungsbewilligung _____

Name und Adresse der Apotheke
in welcher geimpft werden soll _____

2. Einzureichende Beilagen

Kopie des Fähigkeitsausweises FPH in Impfen und Blutentnahme

Kopie der Haftpflichtversicherung, welche das spezifische Risiko der Impftätigkeit abdeckt

3. Unterschrift der Gesuchstellerin / des Gesuchstellers

Die Gesuchstellende Person bestätigt mit ihrer Unterschrift, dass sie die Voraussetzungen für die Durchführung von Impfungen gemäss Artikel 9a (neu) der Verordnung zum Einführungsgesetz zum Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (BR 500.510) erfüllt.

Ort, Datum

Unterschrift

4. Bestätigung des Gesundheitsamts Graubünden

Ort, Datum

Stempel