



Meldeformular für Apothekerinnen und Apotheker, die Impfungen durchführen möchten

Persönliche Angaben	
Name, Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Datum der Berufsausübungsbewilligung	
Name und Adresse der Apotheke in welcher Sie Impfungen durchführen möchten	

Einzureichende Beilagen

- Kopie des Fähigkeitsausweises FPH in Impfen und Blutentnahme (ausser Apothekerinnen und Apotheker, welche das eidg. Diplom nach dem 1.1.2022 erlangt haben)
- Kopie der Betriebshaftpflichtversicherung, welche das spezifische Risiko der Impftätigkeit abdeckt

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

Bestätigung des Gesundheitsamts Graubünden	
Ort, Datum	Stempel

Bitte Meldeformular ausgefüllt mit den erforderlichen Beilagen per Post oder Mail zustellen an:
Gesundheitsamt Graubünden, Hofgraben 5, 7001 Chur, E-mail: eva.burkard-berther@san.gr.ch