

## Inspektionscheckliste Impfen in öffentlichen Apotheken

**Name und Adresse des Betriebs:** Apotheke  
Strasse, Nr.  
PLZ Ort

**Tel.:**

**Fax:**

**E-Mail:**

**Homepage:**

**Anlass der Inspektion:**

**Datum und Zeit der Inspektion:** Inspektionsdatum, ab hh:min Uhr

**Datum der letzten Inspektion:**

**Inspektor / -in:**

**Teilnehmer des Betriebes:**

**Bericht geht an:** Betrieb, fachtechnisch verantwortliche Person/en  
(Bewilligungsinhaber BAB und Privatapotheke)  
Kantonsapothekerin TG

### Impfberechtigte Person

Name, Vorname, Titel	
GLN Nummer	

### BAB/FPH Weiterbildung (gem. Punkt 3.2 Merkblatt)

Gültige Berufsausübungsbewilligung des Kt. TG vorhanden:	<input type="checkbox"/>
Gültiger Fähigkeitsausweis FPH vorhanden:	<input type="checkbox"/>
Geforderte Fortbildungen gemäss pharmaSuisse besucht (falls erforderlich):	<input type="checkbox"/>

### Qualitätssicherungssystem (gem. Punkt 4.1 Merkblatt)

Impf-Ablauf ist im betriebsinternen QSS abgebildet und lückenlos dokumentiert:	<input type="checkbox"/>
Schriftliches Notfallkonzept liegt vor inkl. Anwendung Notfallequipment (z.B. Sauerstoff):	<input type="checkbox"/>
Regelungen betreffend der Raum- und Personalhygiene ist schriftlich festgelegt (Reinigungsplan, -protokoll)	<input type="checkbox"/>

### Personal (gem. Punkt 4.2 Merkblatt)

Impfungen werden nachweislich ausschliesslich durch Bewilligungsinhaber/in durchgeführt:	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

### Räumlichkeiten Impfbereich (gem. Punkt 4.3 Merkblatt)

Abgetrennter, nicht einsehbarer und akustisch abgetrennter Bereich:	<input type="checkbox"/>
Sauberer und hygienischer Raum (kein Teppich):	<input type="checkbox"/>

2/4

Sitzmöglichkeiten (Stuhl/Sessel):	<input type="checkbox"/>
Behandlungstisch/Liege/(Klapp-)Bett:	<input type="checkbox"/>
Schreibtisch:	<input type="checkbox"/>
Sondermüllbehälter für gebrauchte Spritzen und Tupfer:	<input type="checkbox"/>
Handwaschgelegenheit in unmittelbarer Nähe:	<input type="checkbox"/>
Telefonanschluss bzw. Funktelefon:	<input type="checkbox"/>
Patientengarderobe (Kleiderständer):	<input type="checkbox"/>
Durchgehend fachgerechte Temperaturkontrolle im Arzneimittellager (Vorgabe- und Nachweisdokumente vorhanden):	<input type="checkbox"/>
Überwachung geimpfter Patient möglich:	<input type="checkbox"/>

### Ausrüstung Impfbereich (gem. Punkt 4.3 Merkblatt)

Verbandsmaterial:	<input type="checkbox"/>
Desinfektionsmaterial:	<input type="checkbox"/>
Einweghandschuhe:	<input type="checkbox"/>
Fachgerechte Lagermöglichkeiten: Kühlschrankskapazität ausreichend	<input type="checkbox"/>

### Notfallequipment Impfbereich (gem. Punkt 4.3 Merkblatt)

Sauerstoff:	<input type="checkbox"/>
Antihistaminikum in Tablettenform:	<input type="checkbox"/>
Cortison-Präparat in Tablettenform:	<input type="checkbox"/>
Bronchospasmolytikum in Sprayform:	<input type="checkbox"/>
Adrenalin-Fertigspritze:	<input type="checkbox"/>
Verfalldaten der Medikamente kontrolliert/dokumentiert:	<input type="checkbox"/>

### Patientendokumentation (gem. Punkt 4.4 Merkblatt)

Fragebogen zur vor- oder nicht vorgenommenen Impfung vorhanden:	<input type="checkbox"/>
Weitere für die Impfung wesentliche Gesprächsinhalte/Aufklärungen verzeichnet: - Art bzw. Wirkung der Impfung, Zahl der Injektionen sowie Vor- und Nachteile einer Impfung (z. B. Nebenwirkungen bzw. Verträglichkeit) - Alternativen zur Impfung (z. B. medikamentöse Behandlung) - Vorgehensweise bei eintretenden Nebenwirkungen - Kosten der Impfung (Träger, Höhe) - Der Patient muss urteilsfähig sein.	<input type="checkbox"/>
Schriftliche Einwilligung der Patienten:	<input type="checkbox"/>
Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr. des applizierten Impfstoffes aufgeführt:	<input type="checkbox"/>
Allfällig eingetretene Nebenwirkungen dokumentiert/gemeldet:	<input type="checkbox"/>
Impfung im Triagebogen mit Stempel/Unterschrift bestätigt:	<input type="checkbox"/>

3/4

**Impfausweis** (gem. Punkt 4.4 Merkblatt)

Name Impfstoff, Dosis, Applikationsweg, Chargen-Nr., Name Impfstelle: wird ins elektronische Impfdossier ([www.meineimpfungen.ch](http://www.meineimpfungen.ch)) oder im Impfausweis dokumentiert:

**Ort und Datum:**

**Unterschrift Inspektorin:**

4/4

**Anhang**

Liste der gefundenen Mängel und Abweichungen

Die nachstehend aufgelisteten Abweichungen stellen nicht notwendigerweise sämtliche Abweichungen dar. Mängel sind im Protokoll mit (M) markiert.

Nr.	Beobachtung	KL	Ref.	Termin für Behebung bzw. Massnahme
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				