



Antrag auf Zulassung zur Gelbfieberimpfstelle

Hiermit beantrage ich die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle nach dem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (2005) (IGV-Durchführungsgesetz – IGV-DG) vom 21.03.2013.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein kann als zuständige Behörde niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Gesundheitsbehörden und medizinischen Einrichtungen die Zulassung erteilen, wenn

1. die impfende Ärztin oder der impfende Arzt die erforderliche Qualifikation besitzt
2. geeignete Räumlichkeiten und Einrichtungen für die Lagerung des Impfstoffes sowie die Durchführung der Impfung vorhanden sind.

Name des Antragsstellers, Kontaktdaten:

Sitz und Name der Einrichtung:

Persönliche Voraussetzungen *(bitte Zutreffendes ankreuzen und beifügen)*

- Approbation als Arzt/Ärztin mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung
- Unterlagen mit denen die Qualifikation nachgewiesen wird. Der Nachweis wird in jedem Fall erbracht durch die Erlaubnis, die Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ führen zu dürfen.

Ärztinnen und Ärzte, die diese Zusatzbezeichnung nicht führen dürfen, können den Nachweis auch auf andere Weise erbringen. Dies ist unter Umständen möglich durch Bescheinigungen und Zeugnisse über die erforderliche Teilnahme an anerkannten oder zertifizierten Fortbildungskursen in Reise- und Tropenmedizin, einschlägige Berufserfahrung (z.B. 1-jährige Tätigkeit in einem Tropeninstitut oder einer medizinischen Einrichtung in den Tropen oder spezielle Tätigkeit in einer Impfberatungsstelle), Kenntnisse über die Beherrschung von anaphylaktischen Reaktionen und über lebensrettende ärztliche Sofortmaßnahmen. In diesen Fällen erfolgt immer eine individuelle Einzelfallprüfung.

Sächliche Voraussetzungen *(bitte Zutreffendes bestätigen und kurze Beschreibung beifügen)*

- Vorrichtung, die eine ordnungsgemäße Lagerung des Impfstoffes berücksichtigt
- Vorhaltung geeigneter Räumlichkeiten unter Beachtung hygienischer Anforderungen

- Verpflichtungserklärung** *bitte unterschrieben beifügen*
- Ein Muster des geplanten zukünftigen Impfstempels ist als Anlage beigelegt.
Der Gelbfieberimpfstempel (Rundstempel 2 bis 2,5 cm Durchmesser) muss folgende Angaben enthalten:
- ▶ Vaccination Centre Germany
 - ▶ Praxis-Name (z. B. Praxis Dr. med. Testus Mustermann)
 - ▶ Ort ggf. mit Postleitzahl
- Zusätzliche Angaben wie Adresse, Fachrichtung, Logo sind möglich
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Name/meine Einrichtung nach Zulassung als Gelbfieberimpfstelle auf der Homepage der Ärztekammer Schleswig-Holstein veröffentlicht wird.

Weitere Hinweise:

Name

Ort, Datum

Unterschrift