

# Verpflichtungserklärung für die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Berlin

Für die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Berlin gemäß Anlage 7 Absatz 2 Buchstabe f der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil II Nr. 23, 27.07.2007, S. 989) verpflichte ich mich zur Einhaltung folgender Auflagen:

1. Verwendung eines von der Weltgesundheitsorganisation anerkannten Impfstoffs, der vom Paul-Ehrlich-Institut oder von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften zugelassen ist
2. Transport, Aufbewahrung, Anwendung und gegebenenfalls Entsorgung des Impfstoffs gemäß Fachinformation des Impfstoffherstellers
3. Lagerung des Impfstoffs in einem Medikamentenkühlschrank mit ständiger Temperaturmessung (integriert oder separates Gerät), die retrospektiv anzeigt, welche Maximal- und Minimaltemperaturen zwischenzeitlich aufgetreten sind
4. Unverzögliche Mitteilung jeder Veränderung (z.B. Zulassungsvoraussetzungen, Praxisausstattung, Verlegung der Niederlassung, Wechsel des Tätigkeitsbereichs) an den Zulassungsgeber ( Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales; I F 16; Oranienstraße 106 in 10969 Berlin)
5. Sicherung des Impfstempels vor Gebrauch durch Unbefugte
6. Bei Aufgabe der Arztpraxis bzw. bei Aufgabe der Gelbfieberimpftätigkeit Abgabe des Impfstempels an den Zulassungsgeber
7. Ordnungsgemäße Dokumentation der Impfungen entsprechend Muster der Anlage 6 der IGV (BGBl. 2007 II Nr. 23, S. 988) und § 22 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes
8. Mindestens alle 2 Jahre Teilnahme an einer Auffrischungsveranstaltung in Reise- und Tropenmedizin von wenigstens 8 Unterrichtsstunden (z.B. von der Ärztekammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltung)
9. Die jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert Koch-Institut sind mir bekannt.
10. Ich bin damit einverstanden, dass das örtlich zuständige Gesundheitsamt in meiner Praxis die Einhaltung der vorstehenden Verpflichtungen überprüft.
11. Jährliche Berichterstattung über die Anzahl der durchgeführten Gelbfieberschutzimpfungen sowie evtl. in diesem Zusammenhang aufgetretenen Vorkommnisse oder Impfschäden
12. Vorhaltung regelmäßiger Impfsprechstunden
13. Sicherstellung einer qualifizierten Vertretung im Krankheits- und Urlaubsfall

---

Ort, Datum Unterschrift des Arztes/der Ärztin **mit Stempel**