

Für Ihre Kenntnisnahme, vor dem Dienst bitte unterzeichnet an der Impfstoffausgabe abgeben

CHECKLISTE ÄRZTIN/ARZT

Bei **medizinischen Fragen** und bei Fragen zur **Impfstoffverteilung** bitte telefonische
Rücksprache: **030 34 34 69912**

Notfall Amtshilfe Polizei: **0160 3641786** // weiterführende Informationen s. **schwarzer Ordner**

Zu Beginn des Dienstes:

- **Verantwortung** für den **Impfstoff** trägt die **Ärztin/Arzt**, jedoch **nicht** für die **Impfstoffverteilung**
- **Notfallmedikation** auf **Vollständigkeit** prüfen, die **Verantwortung** trägt die **Ärztin/Arzt**

Während des Dienstes:

- Nur bei **ausgefülltem Aufklärungs- und Anamnese-/ Einwilligungsbogen** impfen
- **Niemals mehr Dosen vorbereiten, als Patienten anwesend** sind!
- **6 Dosen pro Vial** werden verimpft → **keine 7. Dosis, kein Zusammenmischen** zweier verschiedener Vial-Restmengen
- **Abstand** von mind. **42 Tagen** zw. **Erst- und Zweitimpfung** **nicht unterschreiten**
- **Dokumentation** aller außerplanmäßigen Geschehnisse
- **Dokumentation 2. Impfung:** auf bereits ausgefülltem Anamnesebogen wird
2. Impfung bspw. dokumentiert:
„Nach der 1. Impfung traten keine, das übliche Maß übersteigende Impfreaktionen/
Nebenwirkungen auf. 2/2 Impfungen erfolgt.“ (Unterschrift und Datum)
Impfreiherfolge immer wie folgt: Patienten → Rücksprache mit Einsatzzentrale
CAVE: 2. Impfung bei Bewohnern ü70 **immer** gewährleisten (bspw. Priorisierung vor neuer 1.
Impfung des Personals)
CAVE: Eigenmächtig getroffene Abweichungen von Impfreiherfolge sind **untersagt**
- Patient mit aktiver / durchgemachter Covid-19-Infektion: Impfung bei **Symptombfreiheit** und
adäquatem klinischem Zustand möglich
- **42 Tage nach Erstimpfung** steht jedem, auch dem **Personal des MIT**, eine Zweitimpfung in der
Einrichtung zur Verfügung, in der die Erstimpfung durchgeführt wurde

Vor Ende des Dienstes:

- **vollzählige leere Vials** müssen im kleinem Vial-Karton immer **rücktransportiert werden**
- **Verbrauch Notfallmedikation** immer dokumentieren

Datum, Unterschrift (Ärztin/Arzt 1)

MIT-NR: _____

Datum, Unterschrift (Ärztin/Arzt 2)

NOTFALL-SET-NR: _____

Aus gegebenem Anlass weisen wir darauf hin, dass die Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung sich vorbehält, die unberechtigte Impfstoffverwendung zur Strafanzeige zu bringen.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Beschwerden über das ärztliche Verhalten im Zusammenhang mit dem Corona-Schutzimpfungen zu einer Sperre für die Vergabe von Diensten führen können.