

An die  
Ärztammer Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg

## Antrag auf Zulassung als Gelbfieberimpfstelle im Land Sachsen-Anhalt

Hiermit beantrage ich  
die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle im Land Sachsen-Anhalt

- als niedergelassene Ärztin/niedergelassener Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

- als medizinische Einrichtung

Name: \_\_\_\_\_

Verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Dienstanschrift: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Qualifikation:**

- Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ liegt vor  
oder
  - Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Tropenmedizin“ liegt nicht vor
  - Teilnahme an einem mind. 30 Stunden umfassenden Fortbildungskurs in Reise- und Tropenmedizin, der mit einer Abschlussprüfung endete, Nachweis liegt an
- und**
- Erwerb spezieller Kenntnisse auf dem Gebiet der Immunologie und des Impfwesens  
Nachweise liegen an

### **Ausstattung:**

- Geeignete Räumlichkeiten für die Durchführung der Impfung und die Lagerung des Impfstoffes sind vorhanden.
- Geeignete Kühleinrichtungen für die Lagerung des Impfstoffs sind vorhanden. Die tägliche Temperaturkontrolle und deren Dokumentation sind gewährleistet.
- Die zur Beherrschung anaphylaktischer Reaktionen erforderlichen Arzneimittel und Geräte werden vorgehalten und die Sachkunde über lebensrettende Sofortmaßnahmen ist vorhanden.

Mit einer Begehung der Einrichtung durch Mitarbeiter der Ärztekammer bin ich einverstanden.

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.  
Änderungen werde ich der Ärztekammer Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel

## Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass die Ärztekammer Sachsen-Anhalt meinen Namen, die Dienstanschrift, die vergebene Zulassungsnummer an das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt übermittelt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name und meine Dienstanschrift nach erfolgter Zulassung auf den Internetseiten der Ärztekammer Sachsen-Anhalt unter [www.aeksa.de](http://www.aeksa.de) veröffentlicht werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die jährlich zum 31.01. gemeldete Zahl der im vorausgegangenen Jahr erfolgten Impfungen von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt an das Ministerium für Arbeit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt weitergegeben wird.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift/Stempel