

## **Verpflichtungserklärung für die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Bayern**

Für die Zulassung als Gelbfieberimpfstelle in Bayern 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 Kühlschrank 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 das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Postfach 80 02 09, 81602 München
5. Sicherung des Impfstempels vor Gebrauch durch Unbefugte
6. Bei Aufgabe der Arztpraxis bzw. bei Aufgabe der Gelbfieberimpftätigkeit Rückgabe des Impfstempels an das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, Postfach 80 02 09, 81602 München
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 Landesärztekammer zertifizierte Fortbildungsveranstaltung)
9. Die jeweils aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (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.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin **mit Stempel**