

**Checkliste zur Vorbereitung von Covid-19 Impfungen
besondere Wohnformen
durch Mobiles Impfteam (MOBIT)
Coronavirus-Impfverordnung - CoronaimpfV**

Eingang:

lfd. Nr.:

| Angaben zur Einrichtung: | | | |
|--|------------------------------|--------------------------|----------|
| Name der Einrichtung | | Einrichtungs- leitung | |
| Straße / HNr. | | PLZ / Ort | |
| Telefon | | Mobiltelefon | |
| Mailadresse | | Faxnummer | |
| Anzahl | Bewohner/Patient < 65 Jahre: | Mitarbeiter < 65 Jahre: | gesamt: |
| | Bewohner/Patient > 65 Jahre: | Mitarbeiter > 65 Jahre: | gesamt: |
| davon zu impfende (Mind. 18 J.) | Bewohner/Patient < 65 Jahre: | Mitarbeiter < 65 Jahre: | gesamt: |
| | Bewohner/Patient > 65 Jahre: | Mitarbeiter > 65 Jahre: | gesamt: |
| Bitte beachten Sie bei der Meldung der zu Impfen, dass Personen, die an COVID19 erkrankt waren, unter Berücksichtigung der Priorisierung etwa 6 Monate nach Genesung geimpft werden (STIKO). | | | |
| Gesundheitsamt | Landkreis: | Ansprechpartner: | Telefon: |

Voraussetzung für den Einsatz des MOBIT ist, dass alle Einverständniserklärungen vorliegen !

| Informationen: | | |
|--|--|----------------------------------|
| Einrichtung betreuende Hausärzte (erste Kontaktaufnahme der Impfärzte durch Einrichtung) | 1. 2. 3. | Telefon: Telefon: Telefon: |
| Impfbeauftragter (Ansprechpartner für Vorbereitung und Durchführung der Impfungen) | Name: E-Mail: | Telefon: Fax: |
| Kühlschrank (2°C - 8°C) | Vorhandensein wird bestätigt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Arbeitsfläche zur Aufbereitung Impfstoff | Vorhandensein wird bestätigt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Transportwagen für fertigen Impfstoff und Impfzubehör | Vorhandensein wird bestätigt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Aufenthaltsraum MOBIT | Vorhandensein wird bestätigt: | <input type="checkbox"/> Ja |
| Merkblatt Ablauf Einsatz MOBIT (Anlage 1) | wurde zur Kenntnis genommen und der daraus resultierenden Zu- und Mitarbeit zugestimmt | <input type="checkbox"/> Ja |
| sonstige Informationen (Bsp. mehrere Standorte etc.) | | |

Angaben werden bestätigt

Datum: _____ Name/Vorname: _____ Funktion: _____ Unterschrift / Stempel: _____

per E-Mail an: corona-mobit@kvt.de
www.impfen-thueringen.de