

Eingang:

Ifd. Nr.:

**Checkliste zur Vorbereitung von Covid-19 Impfungen
in Alten- und Pflegeeinrichtungen durch Mobiles Impfteam (MOBIT)**
nach § 2 „Schutzimpfung in höchster Priorität“ Coronavirus-Impfverordnung - CoronaimpfV

Angaben zur Einrichtung:			
Name der Einrichtung		Einrichtungs- leitung	
Straße / HNr.		PLZ / Ort	
Telefon		Mobiltelefon	
Mailadresse		Faxnummer	
Anzahl	Bewohner:	Mitarbeiter:	gesamt:
davon zu Impfende	Bewohner:	Mitarbeiter:	gesamt: Mindestalter 16 J
Gesundheitsamt	Landkreis:	Ansprechpartner:	Telefon:

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

Informationen:	
Heim betreuende Hausärzte (erste Kontaktaufnahme der Impfäherzte durch Einrichtung)	1. Telefon: 2. Telefon: 3. Telefon:
Impfbeauftragter (Pflegefachkraft) Ansprechpartner für Vorbereitung und Durchführung der Impfungen	Name: Telefon: E-Mail: Fax:
aktuell Covid-19 Ausbruch?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Medikamentenkühlschrank	Vorhandensein wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja
Arbeitsfläche zur Aufbereitung Impfstoff	Vorhandensein wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja
Transportwagen für fertigen Impfstoff und Impzubehör	Vorhandensein wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja
Aufenthaltsraum MOBIT	Vorhandensein wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja
automatisierter externer Defibrillator (AED)	Vorhandensein wird bestätigt: <input type="checkbox"/> Ja
eingewiesenes Personal	Anwesenheit zu Impfterminen 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 Heim etc.)	

Angaben werden bestätigt

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

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