Meldeformular für Apotheken,

die Blutentnahmen durchführen möchten

**(zur Einsendung an die Kantonsapothekerin oder den Kantonsapotheker, GesA, Freiburg)**

1. Name und Vorname Apotheker/in:

1. Name der Apotheke, in der die Blutentnahmen stattfinden sollen:

1. Besuchte anerkannte Weiterbildung:

1. Kopie der Ausbildungsbestätigung:

*bitte dem Meldeformular beilegen*

1. Ist der Raum, in dem die Blutentnahmen stattfinden werden, akustisch und optisch abgetrennt?

1. Werden strenge Hygieneanforderungen erfüllt?

1. Deckt die Haftpflichtversicherung der Apotheke das spezifische Risiko der Blutentnahmetätigkeit (bitte entsprechenden Beleg beilegen)?

1. Kopie des Vertrags oder der Vereinbarung mit einem spezifischen Labor:

*bitte dem Meldeformular beilegen*

1. Datum und Unterschrift:

602\_191003\_Prélèvement sanguin\_Formulaire d'inscription\_D