

## Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen unter 60 Jahren

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

|                                                                                                                   |                             |                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?                                                                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Allergie?                                                                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche? _____                                                                                            |                             |                               |
| Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?                                                          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?                                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen,<br>z. B. Marcumar®?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie schwanger?                                                                                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ich, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_,

wohnhaft \_\_\_\_\_ (Straße), \_\_\_\_\_ (PLZ, Ort),

Telefon \_\_\_\_\_, E-Mail \_\_\_\_\_,

krankenversichert bei \_\_\_\_\_, Versichertennummer \_\_\_\_\_,

wurde anhand des Informationsbogens „Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff)“ gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem Vierfachimpfstoff (tetravalenter Impfstoff) einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

### Anmerkungen:

Es bestehen keine Allergien gegen die Bestandteile des Impfstoffes (bei Vaxigrip tetra sind dies Hühnereiweiß, Spuren von Eibestandteilen, Hämagglutinin, Neomycin, Formaldehyd und Octoxinol-9):

- Es bestehen keine Allergien gegen die Bestandteile des Impfstoffes

## Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir, Kaisen Apotheke, Borgfelder Heerstr. 51, 28357 Bremen, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, dies zu dokumentieren und um unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 132j Abs. 4 SGB V (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt nach 10 Jahren. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme bei einem eventuellen Chargenrückruf zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 21 Abs. 2 ApBetrO.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir die Behandlung jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z.B., wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unsere/n Datenschutzbeauftragte/n

**Herrn C. Bals kontakt@apotheken-datenschutzbeauftragter.de**

wenden.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke rechtzeitig an die nächste Gripeschutzimpfung erinnert. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin/des Patienten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers