zum Verbleib in der Apotheke

Erklärung zur Grippeschutzimpfung für Personen unter 60 Jahren

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

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche?[1] _____		
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	☐ Ja	☐ Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	☐ Ja	☐ Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie schwanger?	☐ Ja	☐ Nein

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft _____(Straße), _____(PLZ, Ort),

Telefon (freiwillig)_____, E-Mail (freiwillig)_____,

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:

[1] Fragen Sie gezielt nach Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs - sofern ein Impfstoff appliziert werden soll, der mit Hilfe von embryonierten Hühnereiern gewonnen wurde - insbesondere nach Hühnereiweiß, Gentamicin und Neomycin. Liegt eine solche Allergie vor, kann alternativ auf einen zellkulturbasierten Impfstoff zurückgegriffen werden.

Copyright © Bundesapothekerkammer

Datenschutzinformation
Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen Ihrer Grippeschutzimpfung bei uns erheben wir ***Laurentius Apotheke, Inh. Apothekerin Dr. Eva-Kristin Waldhelm e. K., Marktstrasse 4, 37434 Gieboldehausen*** als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Grippeschutzimpfung 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. § 20c Abs. 1 IfSG (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.

Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) werden dem Robert Koch-Institut gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i.V.m. § 13 Abs. 5 IfSG die dort benannten Daten übermittelt. Die Verfahrensausgestaltung der Übermittlung erfolgt derzeit nach dem Verfahren des Modellvorhabens. Die das Verfahren näher beschreibende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit befindet sich noch im Verabschiedungsverfahren.

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 wenden.

Ort, Datum der Aufklärung: _____

Ort, Datum der Anamnese: _____

Ort, Datum der Impfung: _____

_____ _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Copyright © Bundesapothekerkammer