Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen ab 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 _____ krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____ wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient/innen ab 60 Jahren den Influenza-Hochdosis-Impfstoff empfiehlt. Mittels des Informationsbogens "**Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza ("Grippe") mit Vierfachimpfstoff**", wurde ich gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihr/ihm weiterführende Informationen zu erhalten.

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

_____	_____
Datum Anamnese	Datum Impfaufklärung

Anmerkungen:

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir **Lindlarer Löwen Apotheke, Hauptstr. 1, 51789 Lindlar, Lindlarer Löwen Apotheke** als Verantwortliche personen-bezogene 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. § 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 kann durch eine Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt werden. Von der gesetzlichen Ermächtigung zum Erlass dieser Rechtsverordnung, hat das Bundesministerium für Gesundheit bislang noch keinen Gebrauch gemacht.

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.

Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke rechtzeitig an die nächste Gripeschutzimpfung erinnert. **Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung bezüglich der Datenverarbeitung zur Erinnerung an die nächste Gripeschutzimpfung 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.

¹ Fragen Sie im Falle von Impfstoffen auf Basis embryonierter Hühnereier gezielt nach Allergien gegen Bestandteile des Impfstoffs, insbesondere nach Hühnereiweiß, Gentamicin und Neomycin. Liegt eine Allergie vor, kann alternativ ein zellkulturbasierter Impfstoff verwandt werden.

Lindlar, _____
Ort, Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Unterschrift der Apothekerin / des Apothekers