

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Patienten/die Patientin)

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

Ich, _____,

geboren am _____,

wurde darüber aufgeklärt, dass

- die STIKO für Patient*innen ab 60 Jahren einen Influenza-Hochdosis- oder einen MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff empfiehlt¹.
- die STIKO für Patient*innen unter 60 Jahren einen anderen saisonalen Influenza-Impfstoff empfiehlt.

Ich wurde zur Impfung mit dem Influenza-Impfstoff gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meinem/meiner Apotheker*in zu klären sowie von ihm/ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

Wesentliche Anmerkungen und Hinweise zum Aufklärungsgespräch:

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff/einem MF-59 adjuvantierten Influenza-Impfstoff/einem anderen saisonalen Influenza-Impfstoff einverstanden (*entsprechendes bitte unterstreichen*).
- 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.*)

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

¹ Stehen kein MF-59-adjuvantiertes und kein Hochdosis-Influenza-Impfstoff zur Verfügung oder ist die Gabe beider Impfstoffe aus medizinischen Gründen nicht möglich, z. B. aufgrund erhöhter Reaktogenität bei vorherigen Impfungen, empfiehlt die STIKO auch bei Personen im Alter ab 60 Jahren eine Influenza-Impfung mit einem der verfügbaren Standardimpfstoffe (Ei- oder zellbasiert). Dies ist zum Erreichen des Impfziels gegenüber der Alternative, keine Influenza-Impfung zu verabreichen, zu bevorzugen.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir **[Nordland Apotheke, Invalidenstraße 114, 10115 Berlin, Inhaberin: Tina Töllner]** als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, 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 Verfahrensgestaltung 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 **[Umberto Veglia, Invalidenstraße 114, 10115 Berlin]** 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.

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers