

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Patienten)

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

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 _____,

habe den Inhalt der Information [*Name des Aufklärungsbogens einsetzen*] gründlich durchgelesen 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 o. g. Impfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
 im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir [**Name Apotheke, Anschrift, Inhaber**] 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.

Auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO i.V.m. § 27 BDSG verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten sowie Ihre Rückmeldung zur Impfung in der Apotheke auch zu statistischen Zwecken, in dem **wir/unsere Dienstleister [Name, Kontaktdaten]** diese anonymisieren und in aggregierter Form (ohne Personenbezug) **auswerten/auswerten lassen**. Zweck der Statistiken ist die gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens. Diese Zwecke stellen zugleich unser berechtigtes Interesse dar.

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.

■ Arbeitshilfe zur Qualitätssicherung

Durchführung von Gripeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

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 unseren Datenschutzbeauftragten **[Name, Kontaktdaten]** 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

zum Verbleib in der Apotheke

Dokumentation der Gripeschutzimpfung

Name des Patienten:

geb. am:

Sichtprüfung der Injektionslösung

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend.

ja nein

Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln.

ja nein

<hr/> <p>Namen des Arzneimittels</p> <hr/>		<hr/> <p>Name des impfenden Apothekers</p> <hr/>
<hr/> <p>Chargennummer</p> <hr/> <p>oder Vignette hier einkleben</p>	<hr/> <p>Impfdatum</p>	<hr/> <p>Unterschrift</p>