

**Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen  
unter 60 Jahren**  
(Verbleib in der Apotheke, Kopie für den Patienten)

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 (insbesondere Hühnereiweiß, Gentamicin oder Neomycin)#?	_____	
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihnen nach früheren Impfungen allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?	<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, z. B. Marcumar®?***	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie schwanger?***	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

\* Diese Stoffe können Bestandteil des Impfstoffs sein. Liegt eine solche Allergie vor, kann evtl. auf einen zellkulturbasierten Impfstoff ausgewichen werden.

\* Akute Infektionen, fieberhafte Infekte (≥ 38,5 °C) oder Verdacht auf SARS-CoV-2: Impfung kontraindiziert

\*\* Wenn diese Fragen mit „ja“ beantwortet werden: Impfung beim Arzt

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 einem Apotheker zu klären sowie 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 Zutreffendes ankreuzen.)

**Anmerkung**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum und Unterschrift des Patienten

## Datenschutzinformation

**Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,**

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir, \_\_\_\_\_\*,  
als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihre Angaben zu Name, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, diese zu dokumentieren und 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). Diese Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht. 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, indem wir diese anonymisieren und in aggregierter Form (ohne Personenbezug) auswerten bzw. auswerten lassen. Zweck der Statistiken ist die gesetzlich vorgeschriebene wissenschaftliche Begleitung des Modellvorhabens. Diese Zwecke stellen zugleich unser berechtigtes Interesse dar.

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 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.

\* Name der Apotheke, Anschrift, Inhaber einfügen

# Name und Kontaktdaten

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Apotheker