

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 (insbes. Hühnereiweißallergie)? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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, HausNr.) (PLZ, Ort)

Tel. _____, E-Mail (freiwillig) _____,

Krankenkasse (Name): _____,

Versicherungs-Nr. d. Krankenkasse:

(Zahl auf Gesundheitskarte unten links neben Versicherten-Nr.)

Versicherten-Nr. _____,

habe den Inhalt der **Aufklärung Influenza (4-fach) Nr. 11A / Influenza-Hochdosis Nr. 11d** 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 erhebt die *Staufen Apotheke Carolin Stransky e.K.* 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.

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 *Rainer Stransky, Wilhelmstr. 2, 73084 Salach, datenschutz@staufen-apotheke-salach.de* wenden.

Ort, Datum: Salach, _____

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Apotheker/in

Dokumentation Gripeschutzimpfung

Sichtprüfung der Injektionslösung

- Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend ja nein
 Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln ja nein

Name des Arzneimittels		Name des impfenden Apothekers	
Chargennummer	Impfdatum	Unterschrift	
oder Chargenkleber hier einkleben			