

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

Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen unter 60 Jahren

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? ¹ _____	
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen nach einer früheren Impfung?	<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

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 meinem/er Apotheker/in zu klären sowie von ihm/ihr 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 Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfungen **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Bitte wenden Seite 2

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.

Anmerkungen:

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in,
im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir, die Paul Gerhardt Apotheke OHG, Inh. Michaela Lehnhardt & Dr. Jozef Dobija e.K., Müllerstrasse 58, 13349 Berlin 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 unsere/n Datenschutzbeauftragte/n unter Datenschutz@pga.berlin 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

Dokumentation der Gripeschutzimpfung

Sichtprüfung der Injektionslösung

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln. | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Die Suspension ist milchig weiß | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

_____ Namen des Arzneimittels	_____ Name des impfenden Apothekers / der impfenden Apothekerin
_____ Chargennummer	_____ Unterschrift
oder Vignette hier einkleben	