

Erklärung zur Gripeschutzimpfung für Personen **ab 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?* ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie eine Allergie ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche (insbesondere Hühnereiweiß, Gentamicin oder Neomycin)? _____

Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden? ☐ Ja ☐ Nein

Sind bei Ihnen nach früheren Impfungen allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten? ☐ 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

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

* Akute Infektionen, fieberhafte Infekte ($\geq 38,5^\circ\text{C}$) 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 darüber aufgeklärt, dass die STIKO 2025/26 für Patient*innen ab 60 Jahren trivalenten Hochdosisimpfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen trivalenten Impfstoff impfen lassen kann.

Ich habe mich im Aufklärungsbogen:

☐ Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza mit Hochdosis- Impfstoff für Personen ab 60 Jahren

☐ Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza mit Dreifachimpfstoff

gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit einem Apotheker/in zu klären sowie weiterführende Informationen zu erhalten.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem Dreifachimpfstoff (trivalenter 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, Unterschrift des /der Patienten/ Patientin: _____

Datenschutzinformation zur Grippeimpfung in der Apotheke

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir, die Apotheke am Bundesplatz, Bundesplatz 3, 10715 Berlin, 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.

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 Frau Mirjana Meyl- Sebastiani wenden.

Ort, Datum : _____

Unterschrift Patient:in : _____

Unterschrift Apothekerin : _____