

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

Erklärung zur COVID-19-Schutzimpfung (mRNA Comirnaty® JN.1) plus Grippe-Schutzimpfung

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 |
| Sind Sie in den letzten 14 Tagen geimpft worden? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| Wann war die letzte COVID-19-Impfung bzw. Infektion? _____ | |
| 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 |
| Haben Sie chronische Erkrankungen oder leiden Sie an einer Immunschwäche (z.B. durch Chemotherapie, Immunsupprimierende Therapie)? Wenn ja, welche _____ | <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 |
| Wenn ja, welche _____ | |
| Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft: _____,

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

Tel. (freiwillige Angabe): _____, E-Mail (freiwillige Angabe): _____

wurde gründlich über die aktuellen STIKO-Empfehlungen informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit meiner Apothekerin zu klären sowie von ihr weiterführende Informationen zu erhalten.

- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der COVID-19-Schutzimpfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der Grippe-Schutzimpfung mit einem Vierfachimpfstoff einverstanden (18-59 Jahre, Flucelvax®).
- Ich bin mit der Durchführung der Grippe-Schutzimpfung mit einem Vierfach-Hochdosis-Impfstoff (ab 60 Jahren, Efluelda®) 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.)

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 COVID-19- und Grippe-Schutzimpfung bei uns erheben wir (**Apotheke am Fasanenkrug, Dr. Gisela Reinert, Burgwedeler Str. 31, 30657 Hannover**) als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die COVID-19- und Grippe-Schutzimpfung 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 Dr. Gisela Reinert, Burgwedeler Str.31, 30657 Hannover wenden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten

Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

----- **INTERN – BITTE NICHT AUSFÜLLEN!** -----

Dokumentation der COVID-19-Schutzimpfung

Sichtprüfung der Injektionslösung:

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend und frei von sichtbaren Partikeln.

ja nein

Charge:

Dokumentation der Grippe-Schutzimpfung

Sichtprüfung der Injektionslösung:

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend und frei von sichtbaren Partikeln.

ja nein

Charge:

Impfdatum:

Unterschrift der impfenden Apothekerin

Dr. Gisela Reinert/ Wafaa El-Malla