

ANAMNESE: Schutzimpfung

- ☐ Covid-19 mit Comirnaty 30µg/Dosis Variante: _____
- ☐ Influenza >60 Jahre mit: _____
- ☐ Influenza <60 Jahre mit: _____

Vor-/Name Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

1. Besteht bei Ihnen derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?
☐ ja ☐ nein
2. Sind Sie in den letzten 28 Tagen geimpft worden?
☐ ja, (Lebend-)Impfung: _____ ☐ nein
3. Planen Sie in den nächsten 3 Tagen eine OP?
☐ ja ☐ nein
4. Hatten Sie nach früheren Impfungen ungewöhnliche Reaktionen wie: Allergie, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle...
☐ ja ☐ nein
5. Haben Sie bekannte Allergien? (Hühnereiweiß, Gentamicin, Neomycin...)
☐ ja, folgende: _____ ☐ nein
6. Nehmen Sie Medikamente ein wie: Blutgerinnungshemmer, Immunsuppressiva/-modulatoren?
☐ ja, folgende: _____ ☐ nein
7. Sind Sie schwanger? (Comirnaty wird ab 2. Trimenon empfohlen)
☐ ja, SSW: _____ ☐ nein

Zusätzlich Bei Covid-Impfung:

8. Wie oft wurden Sie bereits geimpft: _____
9. Wurde bei Ihnen in den letzten 12 Monaten eine SARS-CoV-2-Infektion nachgewiesen?
☐ ja, in mm/jj: _____ ☐ nein

Hiermit bestätige ich, dass mir die Möglichkeit einer umfassenden Aufklärung¹ und Datenschutzinformation gegeben wurde und willige in die vorgeschlagenen Impfungen ein:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten/
des/der gesetzlichen Vertreter/in

Unterschrift des Mitarbeitenden der Apotheke

¹Die Gesamtfassungen der DSGVO, DaSchu-Informationen und Aufklärungsmerkblätter für unsere angebotenen Schutzimpfungen finden Sie auf unserer Homepage und ausliegend in unserer Apotheke.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patientin,

im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir **Mörike Apotheke, Uhlberg Straße 37, 70794 Filderstadt, Blanka Wagner e.K.** als Verantwortliche personen-bezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die 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 § 20c Abs. 1 IfSG (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.

Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) werden dem Robert Koch-Institut gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. DSGVO i.V.m. § 13 Abs. 5 IfSG die dort benannten Daten übermittelt. Die Verfahrensgestaltung der Übermittlung erfolgt derzeit nach dem Verfahren des Modellvorhabens. Die das Verfahren näher beschreibende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit befindet sich noch im Verabschiedungsverfahren.

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 **Deltamed Süd GmbH, Hölderlinstraße 12, 70174 Stuttgart** wenden.