Erklärung zur Grippeschutzimpfung für Personen ab 60 Jahren

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? _____

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), _____ (PLZ, Ort)

Telefon (freiwillig) _____ /E-Mail (freiwillig) _____,

krankenversichert bei _____ / Versichertennummer _____,

wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Patient*innen **ab 60 Jahren** den trivalenten Hochdosis-Impfstoff empfiehlt, ich mich aber auch mit einem anderen trivalenten Impfstoff impfen lassen kann. Ich habe mich im Aufklärungsbogen: *„Aufklärung über die Impfung gegen Grippe (Influenza) mit triivalentem Totimpfstoff (Standard-Impfstoff und Hochdosis-Impfstoff)“* gründlich informiert 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 Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem Hochdosisimpfstoff einverstanden.

☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung nicht einverstanden. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte entsprechende/s Feld/er ankreuzen.)

Anmerkungen:

*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.

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/r Patient/in, im Rahmen Ihrer Grippeschutzimpfung bei uns erheben wir (Herz-Apotheke, Neuer Weg 28a, 38302 Wolfenbüttel, Lutz Löbermann) als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Grippeschutzimpfung 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 Herr Löbermann, info@herzapotheke-wf.de wenden.

WF, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers

Dokumentation der Grippeschutzimpfung - Sichtprüfung der Injektionslösung

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend. ☐ Ja ☐ Nein

Die Suspension ist frei von sichtbaren Partikeln. ☐ Ja ☐ Nein

Impfdatum _____ Impfstoffname_____

Chargennummer (Vignette) _____

Name des impfenden Apothekers/der Apothekerin _____

Unterschrift des impfenden Apothekers/der Apothekerin _____