

Einwilligungserklärung

zur Übermittlung von Namen, Geburtsdatum, Impfung und Impfdatum an die Krankenkasse

I. Information

Sehr geehrte Sorgeberechtigte, sehr geehrte Bürgerinnen und Bürger,

Ihr Kind/Sie selbst erhalten, falls eine Impflücke besteht und Ihr Einverständnis vorliegt, von einer Ärztin/einem Arzt des Gesundheitsamtes eine Impfung zur Vervollständigung des Impfschutzes. Ihre Krankenkasse (**außer BKK und Private**) beteiligt sich an den Impfstoffkosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg und ermöglicht damit die Impfungen durch das Gesundheitsamt. Sie muss den Nachweis über die von ihr verausgabten Mittel führen.

Um ggf. prüfen zu können, ob Sie/Ihr Kind Mitglied der von Ihnen durch das Gesundheitsamt erfragten Krankenkasse ist, benötigen die Kassen Listen mit Namen, Geburtsdatum, Impfung und Impfdatum ihrer geimpften Mitglieder für einen festzulegenden Zeitraum (z. B. quartalsweise, halbjährlich). Jede Krankenkasse erhält nur die Liste ihrer eigenen Mitglieder.

Ich wurde gemäß § 4 Abs. 2 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes über die Bedeutung der Einwilligung und die Möglichkeit des Widerrufs aufgeklärt.

II. Einwilligungserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse (genaue Bezeichnung):

Ich gebe hiermit meine Einwilligung,
dass durch das Gesundheitsamt:

Landkreis Havelland
- Gesundheitsamt -
(Sitz: Paracelsus Krankenhaus)
Kinder- u. Jugendgesundheitsdienst
Forststraße 45, Haus A
14712 Rathenow
Stempel des Gesundheitsamtes

meiner Krankenkasse/der Krankenkasse meines Kindes, die sich an den Impfstoffkosten des öffentlichen Gesundheitsdienstes des Landes Brandenburg beteiligt, im Zusammenhang mit der Impfung im Gesundheitsamt Name, Geburtsdatum, Impfung und Impfdatum übermittelt werden.

Mit ist bekannt, dass ich die Einwilligung verweigern und jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir dadurch ein rechtlicher Nachteil entsteht.

.....
Ort und Datum/Unterschrift des Betroffenen oder gesetzl. Vertreters