

Einwilligungserklärung

I. Patienteninformation

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

die *namensbezogene* Übermittlung von Daten über durchgeführte Impfungen an das zuständige Gesundheitsamt und deren Speicherung dort dient dem Interesse des Einzelnen für den Nachweis erfolgter Impfungen in Ergänzung der persönlichen Impfdokumente, z. B. bei Verlust sowie im Notfall (Tetanusprophylaxe). Damit sind zusätzliche unnötige Impfungen zu verhindern.

Mit der Gesamtheit der verfügbaren Impfdaten können Auswertungen zum Impfstand in der Bevölkerung getroffen und der Impfschutz verbessert werden.
Diese Auswertung erfolgt *ohne Namensangabe*, ein Bezug auf Personen ist nicht möglich.

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

II. Einwilligungserklärung

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

behandelnder Arzt:

Ich gebe hiermit meine Einwilligung, dass die Impfdaten über durchgeführte Impfungen

beim

namensbezogen gespeichert und diese Daten für den unter I. benannten Zweck verwendet werden dürfen.

Mir 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 gesetzlichen Vertreters