

ANAMNESE

mRNA

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)

– mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty® Varianten-adaptiert (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer
und Spikevax® Varianten-adaptiert (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:
www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html

Stand: 28. Oktober 2024

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

1. Besteht bei Ihnen¹ derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

☐ ja☐ nein

2. Sind Sie¹ in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, gegen welchen Erreger wurde geimpft? _____

3. Wurden Sie¹ bereits gegen COVID-19 geimpft?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, wie häufig wurden Sie bereits gegen COVID-19 geimpft? _____

Wann wurden Sie zuletzt und mit welchem Impfstoff immunisiert?

Datum: _____ Impfstoff: _____

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie¹ bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie¹ danach eine allergische Reaktion entwickelt?

☐ ja☐ nein

Sind bei Ihnen¹ andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche _____

5. Wurde bei Ihnen¹ in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) nachgewiesen?

(schließt Selbsttest mit ein)

☐ ja☐ nein

Wenn ja, wann _____

6. Haben Sie¹ chronische Erkrankungen oder leiden Sie¹ an einer Immunschwäche (z.B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Arzneimittel)?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche _____

7. Leiden Sie¹ an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

☐ ja☐ nein

8. Ist bei Ihnen¹ eine Allergie bekannt?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche _____

9. Traten bei Ihnen¹ nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

☐ ja☐ nein

Wenn ja, welche _____

10. Sind Sie schwanger¹? (Eine Impfung mit dem Impfstoff Comirnaty® wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

☐ ja

SSW _____

☐ nein

¹ Ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

Stand: 28. Oktober 2024

Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) – mit mRNA-Impfstoffen –

Comirnaty® Varianten-adaptiert (3 µg, 10 µg bzw. 30 µg/Dosis) von BioNTech/Pfizer
sowie Spikevax® Varianten-adaptiert (25 µg oder 50 µg/Dosis) von Moderna

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) _____ siehe Seite 1 (Anamnese)

Geburtsdatum _____ siehe Seite 1 (Anamnese)

Anschrift _____ siehe Seite 1 (Anamnese)

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfpflichtigen / meinem Impfarzt bzw. der Apothekerin / dem Apotheker.

Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch bzw. das Aufklärungsgespräch mit der Apothekerin / dem Apotheker.

Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.

Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen _____

Ort, Datum _____ Osnabrück, der _____

Unterschrift der zu impfenden Person

Unterschrift der Ärztin / des Arztes bzw. der
Apothekerin / des Apothekers

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer)

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder Betreuerin / Betreuer) angeben:

Name, Vorname _____

Telefonnr. _____

E-Mail _____



Datenschutzinformation
Impfung gegen SARS-CoV-2 in der Apotheke

Sehr geehrter Patient bzw. sehr geehrte Patientin,
im Rahmen Ihrer Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 bei uns erheben wir

Vita Apotheke
Pagenstecherstr. 133
49090 Osnabrück
Inhaberin Apothekerin Susann Sarnetzki

als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren

Namen: _____ siehe Seite 1 (Anamnese)

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ siehe Seite 1 (Anamnese)

Gesundheitszustand: _____

nach Ihren Angaben, um die COVID-19-Schutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, dies zu dokumentieren und um unsere Leistung später abrechnen zu können.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe b, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe h DSGVO i.V.m. §§ 630a, 630f BGB i.V.m. der Coronavirus-Impfverordnung (Abwicklung und Dokumentation des Behandlungsvertrags).

Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt nach 10 Jahren.

Wir weisen darauf hin, dass wir gesetzlich zur Impfsurveillance verpflichtet sind und daher dem Robert Koch-Institut (RKI) täglich folgende pseudonymisierte Daten über das elektronische Meldesystem des Deutschen Apothekerverbands e.V. (DAV) übermitteln:

1. Patienten-Pseudonym,
2. Geburtsmonat und -jahr,
3. Geschlecht,
4. fünfstellige Postleitzahl und Landkreis der zu impfenden Person,
5. Kennnummer und Landkreis unserer Apotheke,
6. Datum der Schutzimpfung,
7. Beginn oder Abschluss der Impfserie (Erst-, Folge- oder Auffrischimpfung),
8. impfstoffspezifische Dokumentationsnummer (Impfstoff-Produkt oder Handelsname),
9. Chargennummer.

Rechtsgrundlage hierfür ist Art. 6 Abs. 1 Satz 1 Buchstabe c, Art. 9 Abs. 2 Buchstabe i DSGVO i.V.m. § 13 Abs. 5 IfSG, § 4 Abs. 1 und 4a Coronavirus-Impfverordnung. Empfänger Ihrer Daten ist neben dem RKI der DAV, der das elektronische Meldesystem zur Übermittlung Ihrer Daten betreibt (sog. Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO). Der DAV ist zur Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen verpflichtet worden und erhält nur in dem Umfang und für den benötigten Zeitraum Zugang zu Ihren Daten, der für die Erbringung der Leistungen erforderlich ist.

Die Daten der Impfsurveillance fließen ein in die Bewertung der aktuellen epidemischen Lage. Daraus abgeleitete politische Entscheidungen werden für die Einschätzung der Wirksamkeit und Sicherheit der Impfstoffe und die Evaluation der Umsetzung der Impfempfehlungen benötigt und sie werden für Modellierungen über das zukünftige Infektionsgeschehen sowie zur Vorbereitung weiterer Impfempfehlungen genutzt (https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Liste_Impfquotenmonitoring.html). Weiterhin werden die Daten im Meldesystem durch den DAV zu statistischen Zwecken in anonymisierter und aggregierter Form auf der Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j DSGVO, § 27 BDSG ausgewertet.

Bei der Abrechnung der Schutzimpfungen gegenüber unserem Rechenzentrum übermitteln wir gemäß § 10 Abs. 2 Coronavirus-Impfverordnung keine patientenbezogenen Daten, sondern lediglich die Gesamtzahl der monatlich durchgeführten Schutzimpfungen.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig.

Ohne diese Daten können wir die Impfung 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 Datenschutzbeauftragte [**Britta Michels, britta.michels@vitaapotheker.de**] wenden.

Ich habe die Datenschutzerklärung vollständig gelesen und verstanden.

Hiermit versichere ich, der Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten durch die

Vita Apotheke in 49090 Osnabrück
Pagenstecherstr. 133

zur Durchführung der Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2
freiwillig zuzustimmen.

Eine ordnungsgemäße Belehrung über das Widerrufsrecht fand statt.

Osnabrück, der _____
Ort, Datum,

Unterschrift