

Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung

FORMBLATT

- **Vorlage für Einverständniserklärung des Patienten
und Dokumentation in der Apotheke**

Stand des Entwurfs: 02.03.2020

Leitlinie:

Durchführung von Gripeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken

Hinweise zur Benutzung des Bogens

Die folgende Arbeitshilfe erhält auf der Vorderseite eine Vorlage für die Einverständniserklärung des Patienten zur Durchführung der Gripeschutzimpfung.

Auf der Rückseite kann die Apotheke die durchgeführte Impfung dokumentieren. Das Blatt verbleibt in der Apotheke.

ENTWURF

zum Verbleib in der Apotheke (Kopie für den Patienten)

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

Bevor die Impfung durchgeführt wird, werden die folgenden zusätzlichen Informationen benötigt:

Sind Sie derzeit gesund? Ja Nein

Haben Sie eine bekannte Allergie - insbesondere gegen Hühnereiweiß? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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

Ich, _____, geboren am _____, krankenversichert bei _____, Versicherungsnummer _____, habe den Inhalt der Information [*Name des Aufklärungsbogens einsetzen*] gründlich durchgelesen 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 o. g. Impfung einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

Anmerkungen:

Datenschutzinformation

Sehr geehrter Patient/in, im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir als Verantwortliche, [*Name Apotheke, Anschrift, Inhaber*] personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, Versicherungsnummer und Krankenversicherer, um eine Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, um dies zu dokumentieren und um unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragsabwicklung) in Verbindung mit § 132j SGB V. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt entsprechend nach 10 Jahren.

Bei Fragen oder Beschwerden können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten [*Name, Kontaktdaten*] wenden. 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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Apothekers

Rückseite

Dokumentation der Gripeschutzimpfung

Sichtprüfung

Die Suspension ist farblos bis leicht opaleszierend. Es sind keine sichtbaren Partikel in der Suspension vorhanden.

<hr/> Namen des Arzneimittels <hr/>		<hr/> Name des impfenden Apothekers <hr/>
<hr/> Chargen-Nummer <hr/> oder Vignette hier einkleben	<hr/> Impfdatum <hr/>	<hr/> Unterschrift <hr/>