

Einwilligungserklärung zur Impfung



Die Ärztin hat mich über folgende Punkte aufgeklärt:

- *Umfassende Aufklärung über die zu verhütende Krankheit und über den Nutzen der Impfung*
- *Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Impfung*
- *Empfehlung über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung*
- *Aufklärung über den Beginn und die Dauer der Schutzwirkung der Impfung*
- *Hinweise zu Auffrischimpfungen*

Erklärung zur Impfung:

.....
Ich, (Name)

(Vorname)

(Geb.-Datum)

wurde zur unten genannten Impfung umfassend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, eventuelle Unklarheiten im Gespräch mit der Ärztin zu klären, sowie weiterführende Informationen zu erhalten. Ich habe keine weiteren Fragen.

- Ich bin mit der Impfung einverstanden
- Ich bin mit der Durchführung der Impfung NICHT einverstanden. Über mögliche Folgen dieser Entscheidung hat mich meine Ärztin informiert.

Anmerkungen:

.....
.....

Ort und Datum:

Unterschrift des Impflings bzw. der Sorgeberechtigten:

Unterschrift Ärztin:

Impfung gegen: **Ch._B:**

Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung

Ich stimme hiermit der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).