

FORMBLATT FÜR GRATIS-IMPFUNGEN DURCH NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
FÜR DIE IMPFUNG GEGEN RSV MIT BEYFORTUS®**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname: ev. früherer Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
vollständige Wohnadresse:		SV-Nummer:
männlich: <input type="checkbox"/>	weiblich: <input type="checkbox"/>	
Name der oder des Erziehungsberechtigten:		

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

Sie/Ihr Kind nehmen/nimmt mit dieser Gratis-Impfung im Rahmen der IMPFAKTION TIROL eine kostenlose Serviceleistung im öffentlichen Interesse in Anspruch.

Die ÄrztInnen (z.B. Klinikärzt:innen), die die Impfung im gegebenen Rahmen durchführen, sind durch das Ärztegesetz verpflichtet, durchgeführte Impfungen personenbezogen zu dokumentieren. Auch der Eintrag in den Elmpfpass ist auf Basis des Gesundheits telematikgesetzes gegebenenfalls verpflichtend.

Mit der Erteilung der Einwilligung zur Übermittlung und Verarbeitung der auf diesem Dokument angeführten Daten unterstützen Sie die Arbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes und Sie können verschiedene Serviceleistungen wie beispielsweise im Verlustfall eine neuerliche Impfpassausstellung in Anspruch nehmen.

Hiermit willige ich ausdrücklich der **ÜBERMITTLUNG** durch den mit der Impfung betrauten Impfarzt/Impfärztin zu unten angeführten Zwecken folgender personenbezogener Daten an das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften/Stadtmagistrat) ein:

- Identifikationsdaten und Adressdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Sozialversicherungsnummer, Adresse)
- Daten über Obsorgeberechtigte (Name, Adresse)
- Daten über die durchgeführten Impfungen (Impfname, Impfbestand, Impfdatum, Anzahl der Impfung)

Ich willige weiters ausdrücklich in die **VERARBEITUNG** dieser Daten durch das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften) (Datenschutzbeauftragter: Dr. Norbert Habel, Eduard-Wallnöfer-Platz 3, 6020 Innsbruck, E-Mail: datenschutzbeauftragter@tirol.gv.at) zu folgenden Zwecken ein:

- dem Nachweis der erbrachten ärztlichen Leistung und deren Abrechnung
- personenbezogene Impfdokumentation durch Einpflege der Daten in die Tiroler Impfdatenbank durch die Gesundheitsreferate/Abteilung Öffentliche Gesundheit
- Erstellung eines individuellen eigenen Impfnachweises auf Basis einer legitimierten Anfrage der betroffenen Person
- Abfragemöglichkeit für den amtsärztlichen Dienst im Falle des Auftretens einer meldepflichtigen Erkrankung, deren weitere Ausbreitung durch Impfen verhinderbar ist, ob bei Kontaktpersonen entsprechende Impfungen bereits bestehen (auch bezirksübergreifend)
- Abfragemöglichkeit, welche Personen mit welcher Charge eines Impfstoffes geimpft wurden, für allenfalls erforderliche Produkthinweise
- bezirks-/tirolweite statistische Auswertungen aller dokumentierten Impfungen durch die Gesundheitsreferate oder der Abteilung Öffentliche Gesundheit in anonymisierter Form.

Die persönlichen Daten der landeseigenen Datenbank werden 30 Jahre aufbewahrt und infolge anonymisiert.

Ihre Daten werden keinesfalls an andere Personen als jenen der Tiroler Gesundheitsreferate und der Abteilung Öffentliche Gesundheit weitergegeben.

Die dem Land Tirol übermittelten Daten unterliegen dem Amtsgeheimnis.

Bei Nichtzustimmung zur Datenverarbeitung Ihrer persönlichen Daten bzw. der Daten des Kindes kann dennoch eine Gratis-Impfung bezogen werden. Daten zum verabreichten Impfstoff werden sodann nicht rückführbar anonymisiert übermittelt.

Die gegebene Einwilligung kann jederzeit formlos per E-Mail an gesundheit@tirol.gv.at unter Angabe des Namens, Geburtsdatums und der Adresse des Impflings widerrufen werden. Die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erfolgte Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung, Löschung und Widerspruch gegen die Verarbeitung der Daten. Darüber hinaus besteht ein Beschwerderecht an die Datenschutzbehörde (www.dsb.gv.at).

Weitere Informationen finden Sie zur Datenschutzerklärung des Landes Tirol unter:

<https://www.tirol.gv.at/buergerservice/datenschutz/>

Ich habe die Einwilligung gelesen und wurde damit über die Rechtsfolgen aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Zustimmungenden (ab dem 14. Geburtstag)
bzw.
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG
FÜR DIE IMPFUNG GEGEN RSV MIT BEYFORTUS®**

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

- 1. Ist Ihr Kind derzeit gesund/fieberfrei? ja nein
- 2. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
- 3. Leidet Ihr Kind an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen? ja nein
- 4. Ist bei Ihrem Kind eine Allergie/allergische Reaktion auf Polysorbat 80 bekannt? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
- 5. Ist bei Ihrem Kind eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung bekannt? ja nein
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____
- 6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. Fieberkrampf) oder eine Ohnmacht aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
- 7. Hat Ihr Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
- 8. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
- 9. Besteht bei Ihrem Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz, Autoimmunerkrankung)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
- 10. Besteht eine chronische Leber- oder Nierenerkrankung? ja nein
- 11. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? ja nein
Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____
- 12. Sonstiges? _____ ja nein

Bitte fragen Sie Ihre Impfährtin / Ihren Impfarzt, wenn Sie noch etwas über obige Impfung erfahren wollen oder etwas unklar bleibt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Aufklärungsinformation/Gebrauchsinformation zum obengenannten Impfstoff sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich hatte dort die Möglichkeit mich über die Zusammensetzung des Impfstoffes, über mögliche Kontraindikationen/Gegenanzeigen zur Verabreichung und über Nebenwirkungen des Impfstoffes zu informieren.

Ich bin über Nutzen und Risiko der Impfung ausreichend aufgeklärt und hatte Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfährtin / dem Impfarzt zu besprechen.

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden:

Datum Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten/Impflings älter als 14 Jahre

Von der Impfährtin / dem Impfarzt einzutragen: Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 1. Impfung	<input type="checkbox"/> gegebenenfalls 2. Impfung im 2. Lebensjahr	
Impfstoff:	Chargen-Nr.	Impfdatum:

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

Datum Unterschrift der(s) Impfährtin/Impfarztes, Stempel

Vermerke für die Impfährtin / den Impfarzt: (persönliche Gespräche; Informationen; Erklärungen; Sachverhalte)