

Erklärung zur Gripeschutzimpfung

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

Sind Sie derzeit gesund? Ja Nein
(keinen fieberhaften akuten Infekt/keine Immunschwäche)

Haben Sie eine Allergie? Ja Nein
insbesondere Hühnereiweiß-Allergie, Gentamicin, Formaldehyd, Cetrimoniumbromid, Polysorbat 80, Natriumdesoxycholat, Natriumchlorid, Natriummonohydrogenphosphat x12H₂O, Kaliumdihydrogenphosphat, Kaliumchlorid, Magnesiumchlorid x6H₂O; RRR- α -Tocopherolhydrogensuccinat, Octoxinol 10 (Titron X-10)

Wenn ja, welche:

Wurde die letzte Impfung gegen Grippe (Influenza) gut vertragen? Ja Nein

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

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein
(z.B. Antibiotika, Kortison, Marcumar®, ASS, Blutverdünner)

Wenn ja, welche:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich, _____, geboren am _____,

Betrieb/Firma: Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

habe den Inhalt der Aufklärung zur Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) gründlich durchgelesen und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Gespräch mit einem Arzt/Ärztin zu klären sowie von ihm/ihr 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.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein Name auf der Abrechnung für den Arbeitgeber stehen darf.

Anmerkungen:

Datenschutzinformation

Sehr geehrte/-r Mitarbeiter/ -in,
im Rahmen Ihrer Gripeschutzimpfung bei uns erheben wir als Verantwortlicher, BDN Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH, personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihren Namen, Geburtsdatum, Gesundheitszustand nach Ihren Angaben, um eine Gripeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, um dies zu dokumentieren und um unsere Leistung bei Ihrem Arbeitgeber 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, des BDN Betriebsärztlicher Dienst Norddeutschland GmbH 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.

➔ **Bitte beachten Sie:** Aufgrund selten auftretender allergischer Reaktionen wird empfohlen, bis zu 30 Minuten nach der Impfung im Betriebsärztlichen Dienst unter Aufsicht zu verbleiben.

➔ **Bitte wenden!**

Ort, Datum: Kiel, _____

Unterschrift des/der Mitarbeiters/-in

Dokumentation der Gripeschutzimpfung

Sichtprüfung

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

<p><u><i>Influvac Tetra Saison 2021/2022</i></u> Namen des Arzneimittels</p> <p>_____ Chargen-Nummer</p> <p>oder Vignette hier einkleben</p>	<p>_____ Impfdatum</p> <p>Impfort: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts</p> <p>_____ Unterschrift des/der Impfenden/-in</p> <p><input type="checkbox"/> Impfung in Basis eingegeben</p>
--	---