

**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN
IMPfung GEGEN INFLUENZA (VIRUSGRIPPE) MIT VAXIGRIP TETRA®**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG

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

Die niedergelassenen ÄrztInnen (Allgemeinmediziner/innen / Kinderärzte/innen), die die Impfung im Rahmen der Impfkation Tirol durchführen, sind durch das Ärztegesetz verpflichtet, durchgeführte Impfungen personenbezogen zu dokumentieren.

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/Impfärzten zu unten angeführten Zwecken folgender personenbezogener Daten an das Land Tirol (Amt der Tiroler Landesregierung/ Gesundheitsreferate der Tiroler Bezirkshauptmannschaften) ein:

- Identifikationsdaten und Adresdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse)
- Daten über Obsorgeberechtigte (Name, Adresse)
- Daten über die durchgeführten Impfungen (Impfname, Impfcharge, 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/Landessanitätsdirektion
- 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 Landessanitätsdirektion in anonymisierter Form.

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

Ihre Daten werden keinesfalls an andere Personen als jene der Tiroler Gesundheitsreferate und der Landessanitätsdirektion 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 sanitaetsdirektion@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 Zustimmenden (ab dem 14. Geburtstag)
bzw.
Unterschrift des/der gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN IMPfung GEGEN INFLUENZA (VIRUSGRIPPE) MIT VAXIGRIP TETRA®

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Sind Sie gesund/fieberfrei? ja nein
2. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
3. Besteht/Bestand eine chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns und des Rückenmarks/
Nervenentzündungen (z.B. Lähmungen, Muskelschwäche, Armnerventzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? ja nein
Wenn ja, welche? _____
4. Leiden Sie an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ja nein
5. Ist bei Ihnen eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen **Eier (Ovalbumin, Hühnereiweiß), Neomycin,
Formaldehyd oder Octoxynol-9.**) bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. Allergie, Verminderung der Blutplättchen oder Erkrankungen
des Gehirns oder der Nerven oder eine Ohnmacht) aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
7. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
8. Haben Sie in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? ja nein
Wenn ja, wann und was? _____
9. Besteht bei Ihnen eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, chronische
Niereninsuffizienz, Nierenversagen, Knochenmarktransplantation)? ja nein
Wenn ja, welche? _____
10. Wird derzeit eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? 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. **Für Frauen:** Sind Sie schwanger, beabsichtigen Sie schwanger zu werden oder stillen Sie? _____ ja nein

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

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die 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 die Gelegenheit, offene Fragen mit der Impfärztin / dem
Impfarzt zu besprechen.**

Ich bin mit der Durchführung der oben genannten Impfung einverstanden: _____
Datum Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten

Von der Impfärztin / dem Impfarzt einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung | <input type="checkbox"/> jährliche Impfung |
| Impfstoff: | Chargen-Nr. | Impfdatum: |

Es bestand kein weiterer Aufklärungsbedarf

_____ Datum Unterschrift der(s) Impfärztin/Impfarztes, Stempel

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