

**FORMBLATT FÜR GRATIS-IMPFUNGEN, DURCH ÄRZTINNEN FÜR ALLGEMEINMEDIZIN UND KINDERFACHÄRZTINNEN
DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN/IMPFLINGS
FÜR DIE IMPFUNG GEGEN MASERN MIT M-M-RVAXPRO® FÜR ALLE ALTERSGRUPPEN**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname:
ev. früherer Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

männlich:

weiblich:

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 Impfaktion 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 Adressdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse)
- Daten über Sorgeberechtigte (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/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 Tirols 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/IMPFLINGS FÜR DIE IMPFUNG GEGEN MASERN MIT M-M-RVAXPRO® FÜR ALLE ALTERSGRUPPEN

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Sind Sie/Ihr Kind derzeit gesund/fieberfrei? ja nein
2. Besteht/bestand bei Ihnen/Ihrem Kind eine chronische oder fortschreitende Erkrankung (insb. Tuberkulose, eine Blutkrankheit oder Krebs, oder eine Blutungsneigung, insbesondere nach einer MMR-Impfung) ?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
3. Haben Sie/Ihr Kind oder gibt es in der Familie je Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle oder Allergien? ja nein
4. Besteht bei Ihnen/Ihrem Kind eine Blutungsneigung bzw. Blutgerinnungsstörung? ja nein
5. Ist bei Ihnen/Ihrem Kind eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. auf Neomycin, Hühnereier, Sorbitol etc.) bekannt?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
6. Sind bei Ihnen/Ihrem Kind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen (z.B. kurze Ohnmacht, Allergie) aufgetreten?
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____ ja nein
7. Wurde bei Ihnen/Ihrem Kind in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung durchgeführt?
Wenn ja, welche und wann? _____ ja nein
8. Haben Sie/Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. eine Passiv-Impfung) erhalten? Wenn ja wann und was? _____ ja nein
9. Besteht bei Ihnen/Ihrem Kind oder einer engen Kontaktperson eine erworbene oder angeborene Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, HIV-Status, Niereninsuffizienz)?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
10. Wird derzeit bei Ihnen/Ihrem Kind eine Chemo- und/oder Strahlentherapie durchgeführt? ja nein
11. Werden oder wurden von Ihnen/Ihrem Kind Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? _____ ja nein
12. Leiden Sie/Ihr Kind aktuell an einer aktiven, nicht behandelten Tuberkulose? Ist ein Tuberkulin-Test geplant? ja nein
13. **Für Frauen: Planen Sie eine Schwangerschaft, besteht eine Schwangerschaft oder stillen Sie?** ja nein

ICH NEHME MIT MEINER UNTERSCHRIFT ZUR KENNTNIS, DASS ICH INNERHALB EINES MONATS NACH DER IMPFUNG AUF KEINEN FALL SCHWANGER WERDEN DARF.

Bitte fragen Sie Ihren Impfarzt/Ihre Impfärztin, 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/Impflings älter als 14 Jahre

Von der Impfärztin/dem Impfarzt einzutragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen

<input type="checkbox"/> 1. Teilimpfung	<input type="checkbox"/> 2. Teilimpfung
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)