Erklärung zur Grippeschutzimpfung für Personen ab 60 Jahren

(Verbleib in der Apotheke, Kopie für den Impfling)

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

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?*	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche (insbesondere Hühnereiweiß, Gentamicin oder Neomycin)#?	_____	
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	☐ Ja	☐ Nein
Sind bei Ihnen nach früheren Impfungen allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?	☐ Ja	☐ Nein
Ist bei Ihnen in den nächsten 3 Tagen ein operativer Eingriff geplant?**	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine chronische Erkrankung oder leiden Sie an einer Immunschwäche?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?**	☐ Ja	☐ Nein

Diese Stoffe können Bestandteil des Impfstoffs sein. Liegt eine solche Allergie vor, kann evtl. auf einen zellkulturbasierten Impfstoff ausgewichen werden.
* Akute Infektionen, fieberhafte Infekte (≥ 38,5 °C) oder Verdacht auf SARS-CoV-2: Impfung kontraindiziert
** Wenn eine dieser Fragen mit ja beantwortet wird: Impfung in der Arztpraxis

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft (Straße) _____, (PLZ, Ort) _____,

Telefon (freiwillig) _____, E-Mail (freiwillig) _____,

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

wurde darüber aufgeklärt, dass die STIKO für Personen ab 60 Jahren einen Influenza-Hochdosis- oder einen MF59-adjuvantierten Influenza-Impfstoff empfiehlt.

☐ Ich wurde zur Impfung mit dem Influenza-Impfstoff gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Beratungsgespräch in der Apotheke zu klären sowie dort weiterführende Informationen zu erhalten.

Anmerkungen und Hinweise zum Aufklärungsgespräch

_____

_____

_____

Hier können unter anderem Angaben zum verwendeten Impfstoff und zu Lieferengpässen eingetragen werden.

_____

Datum und Unterschrift Patient/-in

Quelle: Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung „Vorlage zur Einwilligungserklärung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen"; https://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/ll-schutzimpfungen/ (letzter Aufruf 06.07.2026)

Mit freundlicher Unterstützung von sanofi

MAT-DE-2401972v2.0_07/2026

DAP Networks GmbH / ohne Gewähr / Stand: Juli 2026

Datenschutzinformation

- ☐ Ich habe keine weiteren Fragen.
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza mit einem Hochdosis-Impfstoff / einem MF59-adjuvantierten Influenza-Impfstoff **einverstanden** (entsprechenden Impfstoff bitte unterstreichen).
- ☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Grippeschutzimpfung bei uns erheben wir, _____*, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihre Angaben zu Name, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Grippeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, diese zu dokumentieren und unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 132j Abs. 4 SGB V (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Diese Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme bei einem eventuellen Chargenrückruf zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. § 21 Abs. 2 ApBetrO.

Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) werden dem Robert Koch-Institut gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 13 Abs. 5 IfSG die dort benannten Daten übermittelt. Die Verfahrensausgestaltung der Übermittlung erfolgt derzeit nach dem Verfahren des Modellvorhabens. Die das Verfahren näher beschreibende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit befindet sich noch im Verabschiedungsverfahren.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir die Behandlung jedoch nicht durchführen. 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. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unsere/-n Datenschutzbeauftragte/-n

_____# wenden.

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke rechtzeitig an die nächste Grippeschutzimpfung erinnert. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

*Name der Apotheke, Anschrift, Inhaber/-in einfügen

#Name und Kontaktdaten

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift Patient/-in | Unterschrift Apotheker/-in

Quelle: Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung „Vorlage zur Einwilligungserklärung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen"; https://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/II-schutzimpfungen/ (letzter Aufruf 06.07.2026)

Mit freundlicher Unterstützung von sanofi

MAT-DE-2401972v2.0_07/2026

DAP Networks GmbH / ohne Gewähr / Stand: Juli 2026

Erklärung zur Grippeschutzimpfung für Personen unter 60 Jahren

(Verbleib in der Apotheke, Kopie für den Impfling)

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

Sind Sie momentan schwer akut erkrankt?*	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine Allergie?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, welche (insbesondere Hühnereiweiß, Gentamicin oder Neomycin)#?	_____	
Kann die Impfung trotz der Allergie durchgeführt werden?	☐ Ja	☐ Nein
Sind bei Ihnen nach früheren Impfungen allergische Reaktionen, hohes Fieber oder andere ungewöhnliche Reaktionen aufgetreten?	☐ Ja	☐ Nein
Planen Sie in den nächsten 3 Tagen einen operativen Eingriff?**	☐ Ja	☐ Nein
Haben Sie eine chronische Erkrankung oder leiden Sie an einer Immunschwäche?	☐ Ja	☐ Nein
Werden Sie mit Arzneimitteln behandelt, die die Blutgerinnung beeinflussen, z. B. Marcumar®?**	☐ Ja	☐ Nein
Sind Sie schwanger?**	☐ Ja	☐ Nein

Diese Stoffe können Bestandteil des Impfstoffs sein. Liegt eine solche Allergie vor, kann evtl. auf einen zellkulturbasierten Impfstoff ausgewichen werden.
* Akute Infektionen, fieberhafte Infekte (≥ 38,5 °C) oder Verdacht auf SARS-CoV-2: Impfung kontraindiziert
** Wenn eine dieser Fragen mit ja beantwortet wird: Impfung in der Arztpraxis

Ich, _____, geboren am _____,

wohnhaft (Straße) _____, (PLZ, Ort) _____,

Telefon (freiwillig) _____, E-Mail (freiwillig) _____,

krankenversichert bei _____, Versichertennummer _____,

wurde zur Impfung mit dem Influenza-Impfstoff gründlich informiert und hatte Gelegenheit, Unklarheiten im Beratungsgespräch in der Apotheke zu klären sowie dort weiterführende Informationen zu erhalten.

☐ Ich habe keine weiteren Fragen.

☐ Ich bin mit der Durchführung der Schutzimpfung gegen Influenza („Grippe“) mit einem standarddosierten saisonalen Influenza-Impfstoff **einverstanden**.

☐ Ich bin mit der Durchführung der o. g. Impfung **nicht einverstanden**. Über mögliche negative Folgen dieser Entscheidung wurde ich informiert.

(Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

Anmerkungen und Hinweise zum Aufklärungsgespräch

_____

_____

_____

Hier können unter anderem Angaben zum verwendeten Impfstoff und zu Lieferengpässen eingetragen werden.

_____

Datum und Unterschrift Patient/-in

Quelle: Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung „Vorlage zur Einwilligungserklärung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen“; https://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/II-schutzimpfungen/ (letzter Aufruf 06.07.2026)

Mit freundlicher Unterstützung von sanofi

MAT-DE-2401972v2.0_07/2026

DAP Networks GmbH / ohne Gewähr / Stand: Juli 2026

Datenschutzinformation

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Grippeschutzimpfung bei uns erheben wir, _____*, als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen. Wir verarbeiten Ihre Angaben zu Name, Anschrift, Geburtsdatum, Gesundheitszustand, Versichertennummer und Krankenversicherer, um die Grippeschutzimpfung bei Ihnen durchführen zu können, diese zu dokumentieren und unsere Leistung bei Ihrem Versicherer später abrechnen zu können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 132j Abs. 4 SGB V (Abwicklung des Behandlungsvertrags). Diese Daten werden 10 Jahre lang aufbewahrt und anschließend gelöscht. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme bei einem eventuellen Chargenrückruf zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i. V. m. § 21 Abs. 2 ApBetrO.

Für Zwecke der Feststellung der Inanspruchnahme von Schutzimpfungen und von Impfeffekten (Impfsurveillance) werden dem Robert Koch-Institut gemäß Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO i. V. m. § 13 Abs. 5 IfSG die dort benannten Daten übermittelt. Die Verfahrensausgestaltung der Übermittlung erfolgt derzeit nach dem Verfahren des Modellvorhabens. Die das Verfahren näher beschreibende Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit befindet sich noch im Verabschiedungsverfahren.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir die Behandlung jedoch nicht durchführen. 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. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unsere/-n Datenschutzbeauftragte/-n

_____# wenden.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mich die Apotheke rechtzeitig an die nächste Grippeschutzimpfung erinnert. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

*Name der Apotheke, Anschrift, Inhaber/-in einfügen
Name und Kontaktdaten

Ort, Datum: _____

_____ _____

Unterschrift Patient/-in Unterschrift Apotheker/-in

Quelle: Arbeitshilfe der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung „Vorlage zur Einwilligungserklärung für die Durchführung von Grippeschutzimpfungen"; https://www.abda.de/fuer-apotheker/qualitaetssicherung/leitlinien/leitlinien-und-arbeitshilfen/II-schutzimpfungen/ (letzter Aufruf 06.07.2026)

Mit freundlicher Unterstützung von sanofi

MAT-DE-2401972v2.0_07/2026

DAP Networks GmbH / ohne Gewähr / Stand: Juli 2026