

## Einverständniserklärung zur Schutzimpfung

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (freiwillig): \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie zutreffende Aussage an:

Fühlen Sie sich gesund? ja nein

Waren Sie in den letzten 4 Wochen fieberhaft erkrankt? ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie ein?

\_\_\_\_\_

Haben Sie bisher alle Impfungen (auch anderweitige) gut vertragen? ja nein

Leiden Sie unter Allergien (spez. Hühnereiweiß)? ja nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige schwerwiegende Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Bei Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

\_\_\_\_\_

Ich bin durch den Impfarzt des Gesundheitsamtes über die Risiken der Impfung aufgeklärt worden und habe keine weiteren Fragen. Ich bin mit der Durchführung der Impfung einverstanden.

Nähere Informationen zum Datenschutz und Umgang mit meinen personenbezogenen Daten finde ich unter: [www.landkreis-nordsachsen.de/datenschutz](http://www.landkreis-nordsachsen.de/datenschutz)

Anders als bei niedergelassenen Haus- und Fachärzten richtet sich die Abrechnung von durchgeführten Schutzimpfungen des Gesundheitsamtes nach der s.g. Impfstoffkostenvereinbarung Sachsen, welche der Freistaat Sachsen direkt mit den Krankenkassen für den öffentlichen Gesundheitsdienst verhandelt und abschließt. Falls Ihre Krankenkasse kein Vertragspartner dieser Vereinbarung ist, erhalten Sie - als Leistungsempfänger - die Abrechnung. Diese können Sie jedoch problemlos Ihrer Krankenkasse vorlegen, welche den Gesamtbetrag erstatten wird, da es sich hierbei um eine öffentlich empfohlene Schutzimpfung handelt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Datum	Impfung	Handelsname und Chargen-Nr	Stempel und Unter- schrift Impfarzt	Unterschrift des Impflings