

FORMBLATT FÜR GRATIS-IMPFUNGEN DURCH NIEDERGELASSENE ÄRZTINNEN UND ÄRZTE
**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE
 EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN / DES IMPFLINGS
 FÜR DIE IMPFUNG GEGEN HUMANEN PAPILLOMVIREN (HPV) MIT GARDASIL 9®**

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

Daten der zu impfenden Person

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Familienname: ev. früherer Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
		SV-Nummer:
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 und Ärzte sind durch das Ärztegesetz verpflichtet, Impfungen personenbezogen zu dokumentieren, ebenso ist die HPV-Impfung in den elmpfpass ab 01.03.2023 gesetzlich verpflichtend, einzutragen.

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/Impfärztin 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, SV-Nummer, 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/ Abteilung Öffentliche Gesundheit
- 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 Abteilung Öffentliche Gesundheit 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 Abteilung Öffentliche Gesundheit 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 gesundheit@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 Zustimmungden (ab dem 14. Geburtstag)
bzw.
Unterschrift der gesetzlichen Vertretung

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN / DES IMPFLINGS FÜR DIE IMPFUNG GEGEN HUMANEN PAPILLOMVIREN (HPV) MIT GARDASIL 9®

Fragen zur Gesundheitssituation

Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!

1. Besteht aktuell eine Erkrankung oder Fieber? ja nein
(Ist das Kind zum Zeitpunkt der Impfung in der Schule, aber ist/war in den letzten 14 Tagen akut krank und ist eine Impfung nicht erwünscht, wird um eine entsprechende formlose Mitteilung an die Schule gebeten)
2. Wurde in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
3. Besteht eine Blutungsneigung (Hämophilie) oder eine Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)? ja nein
4. Besteht eine Allergie/allergische Reaktion (z.B. gegen eine HPV-Impfung)? ja nein
Wenn ja, was auf welche Impfung? _____
5. Besteht eine schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion auf eine Impfung? ja nein
Wenn ja, welche bei welcher Impfung? _____
6. Sind nach einer Impfung ernste Nebenwirkungen oder eine Ohnmacht aufgetreten? ja nein
Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? _____
7. Wurde in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung verabreicht? ja nein
Wenn ja, welche und wann? _____
8. Wurde in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) verabreicht? Wenn ja, wann und was? _____ ja nein
9. Besteht eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, Niereninsuffizienz)? Wenn ja, welche? _____ ja nein
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. Besteht eine Jugendschwangerschaft? 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/Impflings (älter als 14 Jahre)**

Von der Impfärztin / dem Impfarzt einzutragen: Zutreffendes bitte ankreuzen

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

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)