

**DATENSCHUTZRECHTLICHE EINWILLIGUNG NACH DER DSGVO SOWIE  
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DES IMPFLINGS/DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN  
IMPfung GEGEN INFLUENZA (VIRUSGRIPPE) MIT FLUENZ® NASENSPRAY (VON 2 BIS 18 JAHRE)  
Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!**

**Daten der zu impfenden Person**

Zutreffendes bitte ankreuzen!

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

**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 und in Impfpass 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 Adressdaten des Impflings (Name, früherer Name, Geschlecht, Geburtsdatum, Adresse, SV Nummer, SV Träger)
- Daten über Obsorgeberechtigte (Name, Adresse)
- Daten über die durchgeführten Impfungen (Impfname, Impfbestand, Impfdatum, Impfdosis)

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](mailto: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](mailto: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](http://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/des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG DER ELTERN / ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN IMPfung GEGEN INFLUENZA (VIRUSGRIPPE) MIT FLUENZ® NASENSPRAY (AB 3. LEBENSJAHR)

## Fragen zur Gesundheitssituation

**Bitte in Blockschrift gut leserlich und vollständig ausfüllen!**

1. Ist Ihr Kind derzeit gesund und **fieberfrei und älter als 24 Monate**?  ja  nein
2. Hat der Impfling in den letzten 4 Wochen eine Erkrankung oder Operation durchgemacht?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
3. Besteht/Bestand eine akute oder eine schwere chronische oder fortschreitende Erkrankung insbesondere des Gehirns oder des Rückenmarks oder Nervenentzündungen (z.B. eine aufsteigende Lähmung, Armnerventzündung) oder eine Autoimmunerkrankung? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
4. Hatten Sie (Eltern) oder Ihr Kind je Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?  ja  nein
5. Leidet der Impfling an einer Blutungsneigung oder einer Verminderung von Blutplättchen (Thrombocytopenie)?  ja  nein
6. Ist beim Impfling eine **Allergie** (z.B. gegen Eier oder Eiweiße, Gentamycin, Gelatine) bekannt? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
7. Ist bei Ihrem Kind eine **schwerwiegende Reaktion/allergische Reaktion** (z.B. Atemprobleme, Gesichtsschwellung) auf eine Impfung bekannt? Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? \_\_\_\_\_  ja  nein
8. Sind nach einer Impfung andere ernste Nebenwirkungen (z.B. Fieberkrampf) oder eine Ohnmacht aufgetreten? Wenn ja, welche, bei welcher Impfung? \_\_\_\_\_  ja  nein
9. Hat die zu impfende Person in den letzten 4 Wochen eine andere Impfung erhalten? Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
10. Hat Ihr Kind in den letzten 3 Monaten Blut, Blutprodukte oder Immunglobuline (z.B. Passive-Impfung) erhalten? Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_  ja  nein
11. Besteht bei Ihrem **Kind eine Abwehrschwäche/Immunerkrankung** (z.B. durch Krebs, Leukämie, AIDS, chronische Niereninsuffizienz, Nierenversagen, Knochenmarktransplantation)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
12. Wird derzeit eine **Chemo- und/oder Strahlentherapie** durchgeführt?  ja  nein
13. Werden regelmäßig Medikamente u.a. abwehrschwächendes Cortison oder eine Blutverdünnung (z.B. Sintrom) eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
14. Werden Arzneimittel zur Schmerzlinderung **z.B. Aspirin** eingenommen? Wenn ja, welche, wieviel und wann? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Bei und nach der Impfung dürfen 4 Wochen keine acetylsalicylsäurehaltige Medikamente (z.B. Aspirin) eingenommen werden.**

**Nach der Impfung sollen keine virushemmende Mittel eingenommen werden.**

**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 Impflings/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)**