

Dienstgebäude (Besucheradresse):
Landkreis Oberhavel, Fachbereich Gesundheit
Fachdienst Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Havelstraße 29, 16515 Oranienburg



Landkreis Oberhavel
Fachbereich Gesundheit
Fachdienst Kinder- und Jugendärztlicher Dienst
Adolf-Dechert-Straße 1
16515 Oranienburg

Hinweise zum Ausfüllen dieses Formulars

Dieses Formular ist sowohl online am Computer als auch per Hand ausfüllbar. Sollten Sie die handschriftliche Variante wählen, achten Sie bitte auf gute Lesbarkeit. In jedem Fall überprüfen Sie bitte eingehend, ob Ihre Angaben richtig und vollständig sind.

Einwilligungserklärung

I. Information

Die namenbezogene Erfassung und Speicherung von Daten über durchgeführte Impfungen durch das zuständige Gesundheitsamt dient dem Interesse des Einzelnen für den Nachweis erfolgter Impfungen. So können z.B. bei Verlust des Impfdokumentes der erfasste Impfstand abgerufen und damit unnötige Impfungen vermieden werden.

Mit der Gesamtheit der verfügbaren Impfdaten können Auswertungen zum Impfstand in der Bevölkerung getroffen und der Impfschutz verbessert werden. Diese Auswertung erfolgt ohne Namensangabe, ein Bezug auf Personen ist somit nicht möglich.

Falls eine Impflücke besteht und Ihre Einverständnis vorliegt, kann Ihr Kind eine Impfung zur Vervollständigung des Impfschutzes durch einen Arzt des Fachbereichs Gesundheit erhalten. Viele Krankenkassen beteiligen sich an den Impfkosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Land Brandenburg und ermöglichen damit Impfungen durch die Gesundheitsämter. Erfolgt eine Impfung durch diese, wird die zuständige Krankenkasse namentlich informiert.

II. Einwilligungserklärung zur Erfassung der Impfdaten

(Für die Durchführung einer Impfung ist eine gesonderte Einverständniserklärung notwendig.)

Name des Kindes	Vorname
Geburtsdatum	
Krankenkasse (genaue Bezeichnung)	

Ich gebe hiermit meine Einwilligung, dass Impfdaten über durchgeführte Impfungen namensbezogen ermittelt und eine Speicherung dieser Daten erfolgen kann und dass nach gegebenenfalls erfolgter Impfung durch den Fachbereich Gesundheit die Impfdaten (Name, Geburtsdatum, Impfung und Impfdatum) der Krankenkasse meines Kindes mitgeteilt werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung verweigern und jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir dadurch ein rechtlicher Nachteil entsteht.

Datum

Ort

Unterschrift