

## Einwilligungserklärung zur Speicherung und Weitergabe von Impfdaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

---

### Die Speicherung hat folgende Vorteile:

1. Bei Verlust des Nachweises bisher erfolgter Impfungen können Impfdokumente neu ausgestellt werden.
2. Die Auswertung aller erfassten Impfdaten gestattet eine Beurteilung des Impfstandes der Bevölkerung. Sie erfolgt anonymisiert, d.h. ohne Namensangabe.

### **Hiermit gestatte ich die Speicherung der Impfdaten (meiner eigenen/ meines Kindes):**

- Ja**
- nein**

### **Hiermit gestatte ich auf Anfrage die Herausgabe der Impfdaten (meiner eigenen/ meines Kindes) an andere Ärzte:**

- Ja**
- Nein**

**Mir ist bekannt, dass ich gemäß §4 Abs. 2 des Brandenburgischen Datenschutzgesetzes die Einwilligung jederzeit widerrufen kann, ohne dass mir dadurch rechtliche Nachteile entstehen.**

Ort/ Datum

Unterschrift des Betroffenen bzw. gesetzlichen Vertreters

---

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch den Landkreis Spree-Neiße, einschließlich seiner Eigenbetriebe finden Sie unter der Rubrik <https://www.lkspn.de/datenschutz.html>.

Falls Sie nicht über einen Internetzugang verfügen, senden wir Ihnen die Datenschutzhinweise gern auch auf postalischem Weg zu.