**Einwilligungserklärung: Teilnahme am Projekt „Stärkung des Impfschutzes
in stationären Pflegeeinrichtungen“ – Bewohnerinnen und Bewohner**

Ich, [Name der oder des Unterzeichnenden (Bewohnerin oder Bewohner bzw. gesetzliche Vertretung)]

willige [optional: als gesetzlicher Vertreter/als gesetzliche Vertreterin von

Ggf. Name der Bewohnerin oder des Bewohners]

ein, dass

[Name der behandelnden Hausärztin/des behandelnden Hausarztes]

meinen Impfstatus ermittelt und Impflücken auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission und der gültigen Schutzimpfungsrichtlinie im Rahmen der hausärztlichen Behandlung geschlossen werden.

Die vom Hausarzt/von der Hausärztin erhobenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Wohnbereich, Vorlage des Impfausweises, Impfstatus) dürfen zum Zwecke der Dokumentation des Impfstatus an die [Name der stationären Pflegeeinrichtung] weitergegeben werden.

Die Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Erhöhung der Impfquote in der Einrichtung gespeichert und nur zwischen Einrichtungsleitung und genannten Ärztinnen und Ärzten weitergegeben werden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Die Speicherung der Daten erfolgt, solange diese zur Beurteilung des Impfstatus notwendig sind. Nicht mehr notwendige Daten zur Beurteilung des Impfstatus werden umgehend gelöscht. Bei Auszug aus der Einrichtung werden die Daten umgehend gelöscht.

 [Ort, Datum, Name (Bewohnerin oder Bewohner bzw. gesetzliche Vertretung)]