**Einwilligungserklärung: Teilnahme am Projekt „Stärkung des Impfschutzes in stationären Pflegeeinrichtungen“ – Mitarbeitende**

Ich, [Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters]

erkläre mich bereit, dass mein Impfstatus von der Betriebsärztin/dem Betriebsarzt   
[Name einfügen]

ermittelt und auf Grundlage der Empfehlungen der Ständigen Impfkommission und der gültigen Schutzimpfungsrichtlinie mögliche Impflücken geschlossen werden.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass die genannte Ärztin bzw. der genannte Arzt die erhobenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Vorlage des Impfausweises, Impfstatus) zum Zwecke der Dokumentation des Impfstatus in der Einrichtung an meinen Arbeitgeber [Name der stationären Pflegeeinrichtung] weitergeben darf.

Die Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Erhöhung der Impfquote in der Einrichtung gespeichert und ausschließlich zwischen Einrichtungsleitung und genannten Ärztinnen und Ärzten ausgetauscht werden. Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden. Bei Nichteinwilligung gibt es keine Konsequenzen hinsichtlich des Arbeitsverhältnisses. 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 meinem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis werden die Daten umgehend gelöscht.

[Ort, Datum, Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters]