

ANTRAG DIGITALES COVID-19-IMPfZERTIFIKAT

Sie haben die Möglichkeit, sich bei uns ein Imp fzertifikat erstellen zu lassen. Um Ihnen dieses ausstellen zu können, schauen wir uns zur **Prüfung von Authentizität** und Identität Ihren Impfausweis sowie ein Sie ausweisendes Dokument an.

Im Anschluss nimmt das Apothekenpersonal folgende Daten auf:

- Vor- und Nachnamen
- Geburtsdatum
- Zielkrankheit oder -erreger
- Impfarzneimittel
- Nummern der Erst- und Wiederimpfung
- Datum der Impfungen.

Diese Daten werden über ein Portal an das Robert Koch-Institut übermittelt, das das Covid-19-Impfzertifikat mit QR-Code erstellt und dieses an die Apotheke ermittelt, die Ihnen das Zertifikat wiederum ausdruckt oder digital übermittelt.

Die erfassten Daten zur Erstellung des QR-Codes sowie das erzeugte Dokument werden nach erfolgter Erstellung unwiederbringlich gelöscht. Eine Speicherung Ihrer Daten in der Apotheke oder dem Apothekenportal erfolgt nicht.

Der erstellte QR-Code liegt als ausgedrucktes PDF-Dokument für Sie zur Abholung in der Apotheke bereit oder kann auf dem Postweg versandt werden. Ein Übermitteln des QR-Codes per E-Mail ist datenschutzrechtlich unzulässig.

Mit der Speicherung meiner Daten zur Erfassung und Erstellung eines QR Codes für das digitale Imp fzertifikat erkläre ich mich hiermit einverstanden. Mir ist bewusst, dass die Daten nur für diese Anwendung erfasst werden und keine andere Verwendung finden. Mir ist bekannt, dass die Daten nach Erstellung des Codes unwiederbringlich gelöscht werden.

Für Verzögerungen seitens der Plattformanbieter können wir keine Haftung übernehmen.

_____ Datum

_____ Name, Vorname

_____ Unterschrift

Wird von der Apotheke ausgefüllt:

Datenerfassung ausgefüllt:

Zertifikat 1. Impfung erstellt:

Zertifikat 2. Impfung erstellt:

QR Code zur Abholung bereitgelegt:

Daten gelöscht/vernichtet:

_____ Datum

_____ Mitarbeiter

DATENERFASSUNG FÜR ERSTELLUNG DES IMPFZERTIFIKATS

Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben zur Erstellung des Impfbzertifikats

Vorname:*

Nachname:*

Geburtsdatum:*

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Erhaltenes Vakzin*

1. Impfung:

Pfizer/Biontech AstraZeneca Moderna Johnson/Johnson

Datum 1. Impfung* :

2. Impfung:

Pfizer/Biontech AstraZeneca Moderna

Datum 2. Impfung (entfällt bei Johnson/Johnson)*:

- Impfbzertifikat wird abgeholt.
- Impfbzertifikat wird abgeholt, nach Erstellung Benachrichtigung per Telefon erwünscht.
- Impfbzertifikat wird abgeholt, nach Erstellung Benachrichtigung per E-Mail erwünscht.
- Impfbzertifikat wird per Post geschickt.

Nach erfolgter Erstellung des QR-Codes wird dieses Blatt vernichtet.