

## Einverständniserklärung zur Impfdokumentation

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Impfdaten aus dem vorgelegten Impfausweis meines Kindes in die Impfkartei/-datei des Gesundheitsamtes Landratsamt Nordsachsen übernommen werden dürfen. Einer notwendigen elektronischen Speicherung im entsprechenden Softwareprogramm stimme ich zu.

Zu diesem Zweck erheben wir folgende Daten aus dem Impfausweis:

- Datum der Schutzimpfung
- Bezeichnung des Impfstoffes; Name der Krankheit, gegen die geimpft wird

Die Erfassung der unten genannten Daten im Gesundheitsamt dient

- im Falle des Verlustes meines Impfausweises der Ausstellung eines Duplikates auf der Grundlage der Impfkartei
- der Sofortauskunft an den mich behandelnden Arzt, wenn Impfungen schnell notwendig sind, z. B. im Verletzungsfall, und ich keine Dokumente vorlegen kann
- der Übersicht über den Anteil der geimpften Bevölkerung (Durchimpfungsgrad), damit das Gesundheitsamt rechtzeitig eingreifen kann, wenn ein Rückgang der Impfraten ein Wiederaufflackern der Erkrankung befürchten lässt.

Die oben genannten personengebundenen Daten werden nur für diese Zwecke verwendet und nicht an andere Stellen weitergegeben. Eine Ausnahme stellt die Weitergabe an mich behandelnde Ärzte im Falle einer unaufschiebbaren Situation dar. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter: <https://www.landkreis-nordsachsen.de/datenschutz.html>

Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Meine Widerrufserklärung kann ich per Email an [Gesundheitsamt@lra-nordsachsen.de](mailto:Gesundheitsamt@lra-nordsachsen.de) richten oder postalisch einreichen.

Name des Kindes:

---

Geb.-Datum:

---

Name der Sorgeberechtigten:

---

---

Wohnanschrift:

---

---

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten\*

\*Falls nur ein Sorgeberechtigter unterschreibt, wird auch das Einverständnis des zweiten Sorgeberechtigten bestätigt oder das alleinige Sorgerecht des Unterzeichnenden erklärt)