

**Meldung einer Gratisimpfung\_Ord****Ordination**

Arztstempel

Impfkonzept-Teilnehmer Nr.: 

Nachfolgende Person ist nicht in der GDB erfasst und wurde in meiner Ordination geimpft:

Geimpfte Person:		Geschlecht	Sozialversicherungsnummer			
Familienname(n)	Vorname (n)		SVNR	TT	MM	JJ
<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> W	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meldeadresse (Straße, PLZ, Ort) <input type="text"/>						
Erziehungsberechtigte/r bzw. Vorsorgebevollmächtigte/r <input type="text"/>				Telefonnummer <input type="text"/>		

	<b>Impfstoff</b>	<b>Chargen-Nr.</b>	<b>Impfdatum</b>	<b>Dosiskennung – bitte auswählen</b>		
<input type="checkbox"/>	Rotarix	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Infanrix Hexa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vaxneuvance	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	M-M-R Vax Pro	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Repevax	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Gardasil 9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nimenrix	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Engerix-B 10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beyfortus 50	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Beyfortus 100	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkung (z. B. Mehrbedarf mit Begründung)  

Datum

Unterschrift Arzt

**Bitte unbedingt Unterschrift auf der Rückseite einholen!**

Version 2.25

[www.ktn.gv.at/impfen](http://www.ktn.gv.at/impfen)

## Information für die geimpfte Person

### Daten im Zusammenhang mit Gratisimpfungen gemäß Art 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Die Kosten der für Sie gratis zur Verfügung gestellten Impfung werden mit dem Land Kärnten abgerechnet. Dazu ist die Verarbeitung Ihrer Daten durch das Land Kärnten erforderlich.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine hier zur Verfügung gestellten Daten in der Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten (GDB) verarbeitet, gespeichert und verwendet werden. Dies geschieht zum Zweck der Verrechnung von Impfungen sowie zum Zweck der Zusendung von Imperinnerungen für den Fall, dass Sie die Fälligkeit einer Folgeimpfung übersehen haben. Die Daten werden in anonymisierter Form auch für statistische Auswertungen verwendet. Die untenstehende Information aus Anlass der Erhebung personenbezogener Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum	Unterschrift geimpfte Person / Erziehungsberechtigte/r

#### Rechtsgrundlage:

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten zu den genannten Zwecken ist Ihre Einwilligung gemäß Art 6 Abs 1 lit a, Art 9 Abs 2 lit a und Art 7 Datenschutz-Grundverordnung.

#### Rechte der Betroffenen:

Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung, Löschung, Widerspruch, Datenübertragbarkeit oder Einschränkung der Verarbeitung im Rahmen der rechtlichen Vorgaben (Art 15-22 DSGVO).

Wenn Sie die Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erteilt haben, haben Sie das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs werden Ihre Daten unverzüglich gelöscht, sofern die weitere Verarbeitung nicht zur Ausübung des Rechts auf freie Meinungsäußerung und Information, zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung, aus Gründen des öffentlichen Interesses oder zur Geltendmachung, Ausübung/Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Wenn Sie der Auffassung sind, dass Ihren Rechten nicht oder nicht ausreichend nachgekommen wird, haben Sie die Möglichkeit einer Beschwerde bei der Datenschutzbehörde.

Sie sind nicht zur Bereitstellung Ihrer personenbezogenen Daten verpflichtet. Wenn Sie die notwendigen Daten nicht bekannt geben, müssen Sie die Kosten für eine Impfung selbst tragen und können Sie diese nicht auf einem Gesundheitsamt durchführen lassen.

#### Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

Amt der Kärntner Landesregierung;  
Abteilung 1 - Landesamtsdirektion; Datenschutzbeauftragter;  
Arnulfplatz 1, 9021 Klagenfurt am Wörthersee  
E-Mail: [datenschutzbeauftragter@ktn.gv.at](mailto:datenschutzbeauftragter@ktn.gv.at)

#### Kontaktdaten des Verantwortlichen:

Amt der Kärntner Landesregierung; Abteilung 5 - Gesundheit und Pflege, Mießtaler Straße 1, 9021 Klagenfurt am Wörthersee  
E-Mail: [abt5.post@ktn.gv.at](mailto:abt5.post@ktn.gv.at)  
Das Amt der Kärntner Landesregierung erreichen Sie unter: (+43) 050 5360  
Allgemeine Informationen bezüglich des Datenschutzes und der DSGVO finden Sie unter: <https://www.ktn.gv.at/Diverses/datenschutz>