**Einwilligung von Patientinnen und Patienten zu Impfpassnachträgen**

Name:

Vorname:

Datum der Nachtragung:

Mit meiner Unterschrift willige ich ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Angaben (Name, Vorname und Datum der Nachtragung) durch (Name der Apotheke) ausschließlich zum Zwecke des Nachweises der korrekten Abrechnung der von ihr erbrachten Nachtragung meiner COVID-19-Schutzimpfung in meinen Impfpass ein.

Ich wurde darüber informiert, dass die von mir erhobenen personenbezogenen Angaben (Name, Vorname und Datum der Nachtragung) nach § 10 Absatz 3 Satz 1 der Coronavirus-Impfverordnung bis zum 31. Dezember 2024 von der o. g. Apotheke für den Zweck des Nachweises der korrekten Abrechnung unverändert zu speichern oder aufzubewahren sind. Nach Ablauf dieser Frist werden die Daten gelöscht. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Patient\*in