

Betriebsärztlicher Dienst

Einwilligung zur Gripeschutzimpfung

Name/ Vorname:		Geburtsdatum:	w ☐ d ☐ m ☐
Geburtsname:	Privatanschrift:		
Beruf/Abteilung/Station:		Patientenkontakt: Ja ☐	
Leiden Sie unter Allergien? Nein ☐ Ja ☐ welche?			
Nehmen Sie Medikamente ein? Nein ☐ Ja ☐ welche?			
Einsatzort: Klinikum ☐ Uni ☐ Studierende/r ☐	Wievielte Grippeimpfung? Erste ☐ Anzahl (ca.) ____	Ich habe das Informationsblatt über die Gripeschutzimpfung gelesen und verstanden und willige in die vorgeschlagene Impfung ein. Ja ☐ Nein ☐	
Hiermit willige ich freiwillig in die Erhebung/ Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten durch den Betriebsärztlichen Dienst ein. Ja ☐ Nein ☐			
Datum: _____ Unterschrift: _____ BÄD 2023			