**Anlage 4**

**Einwilligungserklärung zur Teilnahme und zum Datenschutz gemäß § 295a Abs. 1 SGB V**

Name: ………………………………………………………..

Vorname: ………………………………………………………..

Geburtsdatum: ……………………..

Krankenkasse: ………………………………………………………..

Mitgliedsnummer: ………………………………………………………..

Ich willige ein, dass ich im Rahmen betrieblicher Prävention Schutzimpfungen/die Schutzimpfung erhalte und meine Sozialdaten zum Zwecke der Abrechnung der von mir im Rahmen der betriebsärztlichen Behandlung empfangenen Impfleistung an meine Krankenkasse übermittelt und verarbeitet werden.

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

Ort, Datum Unterschrift Impfling

[**Datenschutzhinweis**](http://webportal.prod.d003.loc/dc/Dokumente%20Allgemein/Datenschutz-Hinweis%20Mustertext%20AOK%20NW.docx)

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V zum Zwecke der Abrechnung der Impfkosten gem. Vereinbarung mit dem VDBW nach § 132e Abs. 1 SGB V erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Versagen der Leistung (hier: Schutzimpfung) führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie z.B. unter www.aok.de/nw/datenschutzrechte, www.dak.de/dak/datenschutz-1476302.html