

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

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