

## Einverständniserklärung

ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,

Straße: \_\_\_\_\_,

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_,

erkläre mich damit einverstanden, dass an mir im Rahmen der Schulung gemäß dem Curriculum „COVID-19-Schutzimpfungen in Apotheken“ unter Betreuung des verantwortlichen Arztes / der verantwortlichen Ärztin durch eine/n Apotheker/in eine **Testinjektion** mit Kochsalzlösung analog einer COVID-19-Schutzimpfung durchgeführt wird. Ich weiß, dass dies einen Eingriff in meine körperliche Unversehrtheit bedeutet und stimme dem ausdrücklich zu.

Ich versichere, dass ich einen ausreichenden Hepatitis B-Schutz habe.

Der verantwortliche Arzt / Die verantwortliche Ärztin hat sich zuvor davon überzeugt, dass die/der ausführende Apotheker/in die Testinjektion korrekt durchführen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

und

Ausführender Apotheker:

Name, Vorname:

\_\_\_\_\_

Straße:

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort:

\_\_\_\_\_

Ich versichere, dass ich einen ausreichenden Hepatitis B-Schutz habe.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 4 Exemplare für:

- Testperson
- Ausführender
- Apothekerkammer Nordrhein zu den Schulungsunterlagen
- Verantwortliche Ärztin / Verantwortlicher Arzt

Datenschutzhinweis: Die mit der Einverständniserklärung erhobenen Daten werden ausschließlich zum Zweck der Durchführung des Praxisteils der Schulung „Durchführung von Gripeschutzimpfungen in öffentlichen Apotheken“ verwendet. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) DSGVO.