

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 anwesenden Arztes, Dr. med. Thomas Menn, 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.

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

Ort, Datum

Unterschrift

und

Ausführende/r Apotheker/in:

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 „COVID-19-Schutzimpfungen in Apotheken“ verwendet. Rechtsgrundlage der Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. b) DSGVO.