

Ich versichere durch meine Unterschrift, dass die von mir vorgelegte Impfdokumentation bzw. PCR-Befund richtig ist, d.h. ich die darin dokumentierten Impfungen bzw. das Ergebnis eines PCR-Tests tatsächlich erhalten habe.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass der vorsätzliche Gebrauch eines durch unrichtige Angaben erschlichenen Impfzertifikates/Genesenennachweis strafbar ist und mit Freiheitsstrafe oder Geldstrafe geahndet werden kann. Zudem besteht das Risiko von Schadensersatzansprüchen. Wird ein solches unrichtiges Impfzertifikat/Genesenennachweis im Ausland verwendet, kann dies weitere Sanktionen vor Ort nach sich ziehen.

Datenschutzrechtliche Hinweise: Um das Impfzertifikat/Genesenennachweis erstellen zu können, sind wir gesetzlich verpflichtet, die personenbezogenen Daten aus der Impfdokumentation bzw. PCR-Befund zu verarbeiten. Da wir verpflichtet sind, Ihre Identität sowie die Authentizität der Impfdokumentation/PCR-Befund nachzuprüfen, bewahren wir eine Kopie der der Impfdokumentation/PCR-Befund für eine Dauer von zwei Jahren auf, um die Einhaltung der gesetzlichen Pflichten der zu dokumentieren, insbesondere für den Fall der Inanspruchnahme durch Behörden. Rechtsgrundlage ist das Infektionsschutzgesetz i.V.m. den einschlägigen datenschutzrechtlichen Vorschriften. Weitere Informationen, insbesondere zu den Betroffenenrechten, können den allgemeinen Datenschutzhinweisen der Apotheke entnommen werden.

Meine Impfdokumentation wird zur Erstellung des COVID-19-Impfzertifikats bzw. PCR-Befund zur Erstellung des COVID-19-Genesenenzertifikats an das Robert-Koch-Institut übermittelt, das das Zertifikat technisch generiert. Das Robert Koch-Institut ist gesetzlich befugt, die zur Erstellung und Bescheinigung des COVID-19-Zertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und ist insoweit alleine verantwortlich.

Ort / Datum

Unterschrift

Durch die Apotheke auszufüllen:

Berechtigung zur Ausstellung liegt vor:

Patient hat Impfung/PCR-Test in räumlicher Nähe durchführen lassen

sonstige Berechtigung, begründeter Einzelfall: _____

| Schutzimpfung | 1. | 2. | 3. |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Impfbuch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Impfbescheinigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift Mitarbeiter*in Apotheke