

Einwilligungserklärung

Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen an der Hochschule Bielefeld

Vorsorgeuntersuchungen

Hiermit willige ich der Übermittlung meiner unten stehenden personenbezogenen Daten zum Zweck der genauen Zuordnung der Daten zu der richtigen Person an den betriebsärztlichen Dienst der von Bodenschwingschen Stiftungen (ZAPA) ein.

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Impfungen

Hiermit willige ich der Übermittlung meiner unten stehenden personenbezogenen Daten zum Zweck der genauen Zuordnung des verwendeten Impfstoffes im Falle einer verunreinigten Charge an den betriebsärztlichen Dienst der von Bodenschwingschen Stiftungen (ZAPA) ein; ferner werden die Daten bezüglich der Krankenkasse für eine Abrechnung des Impfstoffes mit derselben benötigt*.

Name, Vorname:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Die Datenschutzerklärung konnte ich auf den Seiten des Dezernats V unter: <https://www.hsbi.de/gebaeudemanagement/datenschutzhinweise> einsehen.

Bitte bringen Sie die Einwilligungserklärung zu der geplanten Aktion ausgefüllt mit und übergeben Sie diese an die Mitarbeiter*innen des ZAPA.

Ort, Datum

Unterschrift

*die Angabe entfällt bei Impfungen, deren Kosten durch den Bund getragen werden.