

## Einwilligungserklärung zur elektronischen Übermittlung von Impfdaten zum Zwecke der Erstellung eines COVID-19 Impfbzertifikats

Ich

Vorname und Name:

Adresse:

geboren am:

wurde darüber informiert und willige ein, dass folgende personenbezogene Daten zum Zweck der Erzeugung eines COVID-19 Impfbzertifikats auf elektronischem Weg online an einen Server der Ubirch GmbH (<https://api.certify.ubirch.com/api/certify/v2/issue>) übermittelt werden.

- Name, Vorname
- Geburtsdatum
- Impfdatum
- Impfstoff, Impfdosis
- Erkrankung gegen die geimpft wurde (COVID-19)

Die Daten werden durch das vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragte Konsortium (IBM, Ubirch, govdigital und Bechtle) für die Erstellung des Impfbzertifikats verarbeitet. Die Daten werden nicht gespeichert und direkt nach der Erstellung des Zertifikates gelöscht. Eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich keine Nachteile. Eine Übermittlung der Daten wird in diesem Fall für die Erzeugung und Ausstellung eines COVID-19 Impfbzertifikats nicht erfolgen beziehungsweise ab dem Zeitpunkt des Widerrufs nicht mehr erfolgen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich der elektronischen Übertragung meiner Daten zustimme und mit der Erhebung und Verarbeitung meiner Daten in dem hierfür erforderlichen Umfang einverstanden bin.

Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Darüber hinaus habe ich das Recht, mich bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel