

Einwilligungserklärung zur Impfung gegen COVID-19

Einwilligungserklärung zur Schutzimpfung gegen COVID-19

Version 3.0 – 11. März 2021

Nachname		Vorname		Ausweis (z.B., der Krankenversicherung bzw.) <i>[Health Card Number]</i>	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Ziehe vor nicht zu antworten <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				Medizinische/r Betreuer/In (Hausarzt oder Krankenschwester)	
Falls Ureinwohner, bitte Stammesidentität angeben: <input type="checkbox"/> First Nations <input type="checkbox"/> Métis (einschließlich der Métisorganisation oder Siedlung) <input type="checkbox"/> Inuk/ Inuit <input type="checkbox"/> Anderer Stamm, Angabe: _____ <input type="checkbox"/> Ziehe vor nicht zu antworten <input type="checkbox"/> Nicht bekannt					
Privattelefonnr.:		Mobiltelefonnr.:			
Straße und Hausnummer			Stadt	Provinz	Postleitzahl
Geburtsdatum (Monat, Tag, Jahr) ____ / ____ / ____		Alter	Ist dies Ihre erste oder zweite Covid-19 Impfstoffdosis? <input type="checkbox"/> Erste <input type="checkbox"/> Zweite Falls die Zweite, geben Sie bitte das Datum der ersten Impfdosis und den Namen des Impfstoffes, den Sie erhalten haben, an: ____/____/____ (Monat, Tag, Jahr) Name des Impfstoffes den Sie erhalten haben: _____		

Einwilligung zum Erhalt des Impfstoffs

Ich habe die Impfaufklärungsunterlagen gelesen und verstanden (oder man hat sie mir vorgelesen) einschließlich des „COVID-19 Impfinformationsblatts“ und „Was Sie über Ihren Covid-19-Termin wissen sollten“.

- Ich hatte im Hinblick auf die Impfung die Möglichkeit Fragen zu stellen und habe zufriedenstellende Antworten erhalten.

Ich willige dem Erhalt der Impfung ein, einschließlich aller dazugehörigen empfohlenen Dosen in der Serie.

- Mir ist bekannt, dass ich jederzeit meine Zustimmung zurückziehen kann.
- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich bei Rückzug meiner Zustimmung als stellvertretender Entscheidungsträger einer Person die Einrichtung kontaktieren muss, in der die Person wohnt.

Anmerkung: Bitte kontaktieren Sie die Klinik, in der Sie den Covid-19-Impfstoff erhalten sollen, wenn Sie Ihre Meinung ändern und nicht mehr geimpft werden wollen. Dadurch kann jemand anderes Ihren Platz einnehmen. Wenn die Zustimmung von einem stellvertretenden Entscheidungsträger einer Person, die in einer Gemeinschaftseinrichtung wohnt, zurückgezogen wurde, muss die Gemeinschaftseinrichtung das örtliche Gesundheitsamt kontaktieren.

Bestätigung der Erfassung, Verwendung und Weitergabe von persönlichen Gesundheitsinformationen

Die in diesem Formular festgehaltenen persönlichen Gesundheitsinformationen dienen zum Zweck Ihrer medizinischen Versorgung, um einen Impfpass für Sie zu erstellen, und zu erforderlichen Verwaltungszwecken des COVID-19-Impfprogramms von Ontario. Die erfassten Informationen werden für diese sowie für andere gesetzlich zulässige und erforderliche Zwecke verwendet und weitergeleitet. Zum Beispiel,

- werden sie an den *Chief Medical Officer of Health* und die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen in Ontario weitergegeben, wenn diese unter das Gesetz zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit [*Health Protection and Promotion Act*] fallen.; und
- können sie als Teil Ihrer regionalen elektronischen Gesundheitsakte an medizinische Einrichtungen, die Sie ärztlich versorgen, weitergeleitet werden.

Die Informationen werden in einem Gesundheitsdatensystem unter der Obhut und Kontrolle des Gesundheitsministeriums gespeichert.

Wenn eine Klinik-Website von einem Krankenhaus verwaltet wird, wird das Krankenhaus Ihre Daten als Beauftragter des Gesundheitsministeriums sammeln, verwenden und weitergeben.

Ich bestätige, dass ich die obige Erklärung gelesen und verstanden habe.

Es kann sein, dass Sie von einem Krankenhaus, einer lokalen medizinischen Einrichtung oder dem Gesundheitsministerium hinsichtlich der COVID-19-Impfung kontaktiert werden (z.B. um Sie an zukünftige Termine zu erinnern oder Ihnen einen Impfpass zukommen zu lassen). Wenn Sie damit einverstanden sind, diese Mitteilungen per E-Mail zu erhalten, markieren Sie dies bitte im Folgenden:

Ich stimme dem Erhalt der o.a. Mitteilungen zu:

per E-mail **per SMS**

Falls per E-mail, bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an: _____

Einwilligung zur Kontaktaufnahme für Forschungszwecke

Sie haben die Option zuzustimmen, hinsichtlich der Teilnahme an COVID-19-Impfstoff-bezogenen Studien, von Forschern kontaktiert zu werden. Wenn Sie einer Kontaktaufnahme zustimmen, werden Ihre persönlichen Gesundheitsdaten verwendet, um festzustellen, welche Studien für Sie relevant sein könnten, und Ihr Name und Ihre Kontaktinformationen werden an die Forscher weitergeleitet. Ihr Einverständnis, über Forschungsstudien kontaktiert zu werden, bedeutet nicht, dass Sie an der Teilnahme der Forschung selbst eingewilligt haben. Die Teilnahme an der Forschung ist freiwillig. Sie können die Zustimmung zur Kontaktaufnahme zu Forschungsstudien verweigern, ohne dass dies Auswirkungen auf Ihre Berechtigung den Impfstoff COVID-19 zu erhalten hat.

Wenn Sie nicht für Forschungszwecke kontaktiert werden möchten, geben Sie dies bitte unten an.

Wenn Sie der Kontaktaufnahme zu Forschungsstudien zugestimmt haben, es sich dann jedoch anders überlegen, können Sie diese jederzeit zurückziehen, indem Sie das Gesundheitsministerium unter vaccine@ontario.ca kontaktieren.

Dies hat keinen Einfluss auf Ihre Berechtigung, den Covid-19-Impfstoff zu erhalten.

Ich bin mit der Kontaktaufnahme für die COVID-19 Impfstoffforschung einverstanden:

Falls per E-mail, bitte geben Sie Ihre E-Mail-Adresse an: _____

Ich verweigere die Kontaktaufnahme für die COVID-19 Impfstoffforschung:

Unterschrift	Name in Druckschrift	Datum der Unterschrift
--------------	----------------------	------------------------

Falls Sie stellvertretend für jemand anderen unterschreiben, geben Sie Ihre Beziehung zu dieser Person an:

Bei Unterschrift für eine andere Person bestätige ich, dass ich der Elternteil/Erziehungsberechtigte oder der stellvertretende Entscheidungsträger bin.

Spezifische Sachverhalte zum Gesetz über Pflegeheime [Long Term Care Homes Act 2007]

Die Zustimmung des Bewohners zum Erhalt des Impfstoffs kann jederzeit zurückgezogen oder widerrufen werden.

Erklärung zu Paragraph 83 des Gesetzes:

Bitte beachten Sie den folgenden Rechtsschutz:

Jeder Lizenznehmer eines Langzeitpflegeheims hat zu gewährleisten, dass niemandem mitgeteilt oder vorgegaukelt wird, dass einem potenziellen Bewohner die Aufnahme verweigert oder ein Bewohner aus dem Heim entlassen wird, weil,

- (a) ein Dokument nicht unterzeichnet wurde;
- (b) eine Vereinbarung für nichtig erklärt wurde; oder
- (c) eine Einwilligung oder Richtlinie bezüglich der Behandlung oder Pflege erteilt, nicht erteilt, zurückgezogen oder widerrufen wurde.

NUR FÜR DEN KLINIKGEBRAUCH							
Wirkstoff	COVID-19	Produktname		Charge Nr.		Menge der Dosis:	
Körperstelle	<input type="checkbox"/> Deltoid L <input type="checkbox"/> Deltoid R			Stelle	Intramuskulär (im))	Dosis Nr:	

Datum injiziert	----- / ----- / ----- (M/T/Jahr)	Uhrzeit injiziert	----- : ----- Uhr	NEAD? (nach Erhalt der aktuellen Dosis)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Durch Person (Name, Bezeichnung)		Stelle		Genehmigt durch	
Grund der Impfung	<input type="checkbox"/> mediz. Personal <input type="checkbox"/> LZP ¹ : Assistenzarzt <input type="checkbox"/> LZP: mediz. Personal <input type="checkbox"/> LZP: Anderer Angestellter <input type="checkbox"/> AH ² : mediz. Personal <input type="checkbox"/> AH: Assistenzarzt <input type="checkbox"/> AH: Hauptbetreuer/In <input type="checkbox"/> AH: Anderer Angestellter <input type="checkbox"/> Senioren-Altersheim <input type="checkbox"/> Erwachsener der chronischen Krankheitspflege <input type="checkbox"/> Indigene Gemeinde <input type="checkbox"/> Andere vorrangige Bevölkerung <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswohnen: Bewohner <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswohnen: Personal <input type="checkbox"/> Gemeinschaftswohnen: Hauptbetreuer				
Grund für nicht durchgeführte Impfung	<input type="checkbox"/> Impfung ist kontraindiziert <input type="checkbox"/> Arzt empfiehlt Impfung, aber keine Zustimmung des PATIENTEN <input type="checkbox"/> Entscheidung des Arztes, die Impfung vorübergehend zu verzögern <input type="checkbox"/> Medizinisch nicht geeignet <input type="checkbox"/> Patient hat Einwilligung zur Serie zurückgezogen				
Ihre Dosis 2 von 2 ist vorgesehen für	----- / ----- / ----- (M/T/Jahr) ----- : ----- Uhr				

¹LZP (Long-term care) = Langzeitpflege

²AH (retirement home) = Altersheim