



Belehrung zur Ausstellung des Impfzertifikates (§ 22 Abs. 5 IfSG)

Vorname	Name	
PLZ, Wohnort	Geb.	
Impfdatum	Impfstoff	Durch Apotheke auszufüllen <input type="radio"/> Impfbuch <input type="radio"/> Bescheinigung
Impfdatum	Impfstoff	Durch Apotheke auszufüllen <input type="radio"/> Impfbuch <input type="radio"/> Bescheinigung

**Ausgewiesen durch:**  Personalausweis  anderer vergleichbarer Ausweis (z.B. ausländischer Ausweis oder Pass)

Ich versichere durch meine Unterschrift, daß die von mir vorgelegte Impfdokumentation richtig ist, d.h. ich habe die darin dokumentierten Impfungen tatsächlich erhalten.

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

Datenschutzrechtliche Hinweise: Um das Impfzertifikat erstellen zu können, sind wir gesetzlich verpflichtet, die personenbezogenen Daten aus der Impfdokumentation zu verarbeiten. Da wir verpflichtet sind, Ihre Identität sowie die Authentizität der Impfdokumentation nachzuprüfen, bewahren wir eine Kopie der Impfdokumentation 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 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-Impfzertifikats erforderlichen personenbezogenen Daten zu verarbeiten und ist insoweit alleine verantwortlich.

---

Ort, Datum, Unterschrift Patient

**(durch die Apotheke auszufüllen)**

Berechtigung zur Ausstellung liegt vor, Dokumente, s.o. wurden geprüft:

Patient in gleicher oder umliegender Gemeinde / Gebietskörperschaft gemeldet

sonstige Berechtigung \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift Mitarbeiter/in Apotheke