



Schweigepflichtentbindung zur Erlangung eines digitalen Impfzertifikats

Hiermit entbinde ich

Vorname _____

Nachname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

alle Mitarbeiter der

Apotheke _____

Anschrift _____

(Apothekenstempel)

von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass zur Erlangung eines digitalen Impfzertifikats mit den die Impfung bestätigenden Ärzten oder Impfzentren bzw. deren Mitarbeitern Rücksprache gehalten werden kann, um die erforderliche Prüfung der Authentizität der Impfdokumentation nach § 22 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz durchführen zu können. Im Zweifelsfällen ist die Apotheke berechtigt, die Impfdokumentation zur Überprüfung einer geeigneten Polizeidienststelle zu überlassen.

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift des Patienten