

Impfung gegen COVID-19
Anamnesebogen

Vaccinazione anti COVID-19
Scheda anamnestica

Vor- und Nachname
 Nome e cognome _____

Geburtsort und -datum
 Luogo e data di nascita _____

Telefonnr.
 Telefono _____

Sind Sie derzeit krank? Attualmente è malato?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie Fieber? Ha febbre?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Besteht eine Allergie auf Latex, Lebensmittel, Medikamente oder auf Bestandteile des Impfstoffes? È allergico al lattice, alimenti, farmaci, ai componenti del vaccino? Wenn ja, bitte angeben / Se sì, prego specificare: _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Ernsthafte Reaktionen auf vorherige Impfungen? Reazioni importanti dopo le precedenti vaccinazioni?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie Herz- oder Lungenerkrankungen, Asthma, Nierenerkrankungen, Diabetes, Anämie oder andere Bluterkrankungen? Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie eine Immunschwäche oder andere Erkrankungen wie Krebs, Leukämie, HIV-Infektion (AIDS) oder hatten Sie eine Transplantation? Ha deficit del sistema immunitario o altre malattie come tumore, leucemia, infezione da HIV (AIDS), trapianto?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie in den letzten 3 Monaten immunsupprimierende Medikamente eingenommen (z. B. Kortison, Prednison oder andere Steroide) oder sich einer Chemo- bzw. Strahlentherapie unterzogen? Negli ultimi 3 mesi, ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (esempio: cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie im letzten Jahr Bluttransfusionen, Blutprodukte, Immunglobuline (Gamma) oder antivirale Medikamente erhalten? Nell'ultimo anno, ha ricevuto trasfusioni di sangue, emoderivati, immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Hatten Sie jemals Krampfanfälle, Epilepsie oder neurologische Störungen? Ha mai avuto convulsioni, epilessia o disturbi neurologici?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie im letzten Monat Impfungen erhalten? Ha ricevuto vaccini nell'ultimo mese? Wenn ja, welche? / Se sì, quale/i? _____	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so

Falls Frau / Se donna Sind Sie schwanger oder planen Sie, im nächsten Monat nach der ersten oder zweiten Verabreichung schwanger zu werden? È incinta o sta pensando di rimanere incinta nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Stillen Sie? Sta allattando?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Geben Sie die Medikamente, insb. Gerinnungshemmer, natürliche Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe oder homöopathische Medikamente an, welche Sie derzeit einnehmen: Specifici di seguito i farmaci, in particolare anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo:			

COVID-19 bezogene Anamnese

Anamnesi COVID-19 correlata

Waren Sie im letzten Monat in Kontakt mit einer Sars-CoV2 infizierten Person oder mit einer COVID-19 erkrankten Person? Nell'ultimo mese è stato in contatto con una Persona contagiata da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie eines der folgenden Symptome: Manifesta uno dei seguenti sintomi:			
Husten/Erkältung/Fieber/Kurzatmigkeit oder grippeähnliche Symptome? Tosse/raffreddore/febbre/dispnea o sintomi similinfluenzali?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Halsschmerzen/Geruchs- oder Geschmackverlust? Mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Bauchschmerzen/Durchfall? Dolore addominale/diarrea?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Abnormale Blutergüsse oder Blutungen/Rötungen der Augen? Lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Haben Sie im letzten Monat internationale Reisen unternommen? Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	<input type="checkbox"/> ja sì	<input type="checkbox"/> nein no	<input type="checkbox"/> weiß nicht non so
Test SARS-CoV-2: <input type="checkbox"/> Keinen kürzlichen SARS-CoV-2-Test Nessun test SARS-CoV-2 recente <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test POSITIV/POSITIVO Datum/data: _____ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test NEGATIV/NEGATIVO Datum/data: _____ <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Test IN ERWARTUNG/IN ATTESA Datum/data: _____			
Melden Sie alle anderen Erkrankungen oder nützlichen Informationen über Ihren Gesundheitszustand: Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul Suo stato di salute:			

Ort und Datum / Luogo e data

Der Arzt/die Ärztin / Il medico

Modulo di autocertificazione per i genitori ed informativa ai genitori per l'espressione del consenso alle prestazioni sanitarie per minori

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (art. 47 - DPR n. 445 del 18/12/2000)

Il sottoscritto/La sottoscritta _____ nato/a a _____

il _____ residente a _____

consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 per attestazioni e dichiarazioni false e sotto la sua personale responsabilità,

DICHIARA

di essere genitore del/della minorenni _____

nato/a a _____ il _____ ;

di essere stato informato delle disposizioni che regolano l'espressione del consenso per i figli minorenni di età, **unite in allegato** (norme del Codice Civile);

che il suo stato civile è il seguente:

- coniugato,
- convivente di fatto ai sensi dell'art. 1 comma 36 della Legge n. 76/2016,
- convivente ai sensi dell'art. 1 comma 2 della Legge n. 76/2016,
- vedovo,
- separato,
- divorziato, in situazione di
 - affidamento congiunto,
 - genitore affidatario,
 - genitore non affidatario;

che, ai fini dell'applicazione dell'art. 317 del Codice Civile, l'altro genitore **non** può firmare il consenso perché assente per:

- lontananza,
- impedimento;

che, ai fini dell'applicazione della Legge n. 54/2006 – *Disposizioni in materia di separazione dei genitori e affidamento condiviso dei figli*, art. 1 (Modifiche al codice civile), limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice ha stabilito:

- che il sottoscritto/la sottoscritta esercita la responsabilità separatamente.

ALTRO:

Letto, confermato e sottoscritto

Luogo e data: _____

Firma del/della dichiarante (firma per esteso leggibile)

(art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa – DPR n. 445/2000)

La presente istanza è stata sottoscritta dall'interessato/dall'interessata:

- in presenza del medico,
- presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità .

Firma e timbro del medico

INFORMATIVA AI GENITORI PER L'ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE PER I FIGLI MINORI DI ETÀ

Secondo il Codice Civile la responsabilità sui figli è esercitata di comune accordo da entrambi i genitori (art. 316, comma 1, c.c.) o da un solo genitore se l'altro genitore è morto o decaduto o sospeso dalla responsabilità. Nei casi di comuni trattamenti medici (visite, medicazioni, ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 c.c.). In questi casi il consenso comune è considerato implicito.

CODICE CIVILE

Art. 155 (Provvedimenti riguardo ai figli)

Anche in caso di separazione personale dei genitori, il figlio minore ha il diritto di mantenere un rapporto equilibrato e continuativo con ciascuno di essi, di ricevere cura, educazione e istruzione da entrambi e di conservare rapporti significativi con gli ascendenti e con i parenti di ciascun ramo genitoriale.

Per realizzare la finalità indicata dal primo comma, il giudice che pronuncia la separazione personale dei coniugi adotta i provvedimenti relativi alla prole con esclusivo riferimento all'interesse morale e materiale di essa.

Valuta prioritariamente la possibilità che i figli minori restino affidati a entrambi i genitori oppure stabilisce a quale di essi i figli sono affidati, determina i tempi e le modalità della loro presenza presso ciascun genitore, fissando altresì la misura e il modo con cui ciascuno di essi deve contribuire al mantenimento, alla cura, all'istruzione e all'educazione dei figli. Prende atto, se non contrari all'interesse dei figli, degli accordi intervenuti tra i genitori.

Adotta ogni altro provvedimento relativo alla prole.

La responsabilità genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Le decisioni di maggiore interesse per i figli relative all'istruzione, all'educazione e alla salute sono assunte di comune accordo tenendo conto delle capacità, dell'inclinazione naturale e delle aspirazioni dei figli. In caso di disaccordo la decisione è rimessa al giudice.

Limitatamente alle decisioni su questioni di ordinaria amministrazione, il giudice può stabilire che i genitori esercitino la responsabilità separatamente. Salvo accordi diversi liberamente sottoscritti dalle parti, ciascuno dei genitori provvede al mantenimento dei figli in misura proporzionale al proprio reddito; ... *omissis*.

Art. 316 (Responsabilità genitoriale)

Entrambi i genitori hanno la responsabilità genitoriale che è esercitata di comune accordo tenendo conto delle capacità, delle inclinazioni naturali e delle aspirazioni del figlio. I genitori di comune accordo stabiliscono la residenza abituale del minore.

In caso di contrasto su questioni di particolare importanza ciascuno dei genitori può ricorrere senza formalità al giudice indicando i provvedimenti che ritiene più idonei.

Il giudice, sentiti i genitori e disposto l'ascolto del figlio minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento, suggerisce le determinazioni che ritiene più utili nell'interesse del figlio e dell'unità familiare. Se il contrasto permane il giudice attribuisce il potere di decisione a quello dei genitori che, nel singolo caso, ritiene il più idoneo a curare l'interesse del figlio.

Il genitore che ha riconosciuto il figlio esercita la responsabilità genitoriale su di lui. Se il riconoscimento del figlio, nato fuori del matrimonio, è fatto dai genitori, l'esercizio della responsabilità genitoriale spetta ad entrambi.

Il genitore che non esercita la responsabilità genitoriale vigila sull'istruzione, sull'educazione e sulle condizioni di vita del figlio.

Art. 317 (Impedimento di uno dei genitori)

Nel caso di lontananza, di incapacità o di altro impedimento che renda impossibile ad uno dei genitori l'esercizio della responsabilità genitoriale, questa è esercitata in modo esclusivo dall'altro.

La responsabilità genitoriale di entrambi i genitori non cessa a seguito di separazione, scioglimento, cessazione degli effetti civili, annullamento, nullità del matrimonio; il suo esercizio, in tali casi, è regolato dal capo II del presente titolo.



INFORMATIONEN GEMÄSS ARTIKEL 13 - 14 DER EU-VERORDNUNG 2016/679 (GDPR) BETREFFEND DER DURCHFÜHRUNG DER IMPFUNGEN GEGEN SARS CoV-2

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Südtiroler Sanitätsbetrieb, Verantwortlicher der personenbezogenen Daten (auf Ital. titolare), informiert Sie hiermit über die Art und Weise, wie Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der Impfungen gegen Sars CoV-2 verarbeitet werden. Sie kann durchgeführt werden:

- in den Strukturen des Sanitätsbetriebes;
- in Einrichtungen, die speziell für die Impfungen gegen Sars CoV-2 vorgesehen sind und vom Sanitätsbetrieb verwaltet werden;
- in den Seniorenwohnheimen;
- bei den Ärzten für Allgemeinmedizin.

Um die Impfung durchführen zu können, werden Sie zum Zwecke der Anamnese, der Erteilung der Einwilligung zur therapeutischen Behandlung und der Eintragung der durchgeführten Impfung in das Impfregeister des Sanitätsbetriebes um Informationen gebeten, einschließlich Gesundheitsdaten. Das betriebliche Impfregeister versorgt das Landes- und das nationale Impfregeister mit Daten gemäß Dekret vom 17. September 2018 über die "Einrichtung des nationalen Impfregeisters".

Zum Erbringen der angeforderten Leistung ist die Bereitstellung der personenbezogenen Daten notwendig, da die Durchführung der Impfung sonst nicht möglich ist.

Verantwortlicher der personenbezogenen Daten ist der Südtiroler Sanitätsbetrieb, mit Sitz in der Sparkassenstraße Nr. 4 in 39100 Bozen.

Datenschutzbeauftragter

Der Verantwortliche der Verarbeitung der personenbezogenen Daten hat gemäß Art. 37 des GDPR den Datenschutzbeauftragten (Data Protection Officer) benannt, welcher gemeinsam mit der betrieblichen Datenschutzreferentin die Datenschutzsteuerungsgruppe bildet.

Zweck der Verarbeitung und Rechtsgrundlage der Daten

Der Zweck der Verarbeitung personenbezogener Daten durch den Sanitätsbetrieb ist die Diagnose, Pflege und Vorbeugung im Zuge des Sars-Cov-2-Notstandes und findet seine Rechtsgrundlage im Gesetzdekret Nr. 2 vom 14. Januar 2021 und im Dekret des Gesundheitsministeriums vom 17. September 2018 "Einrichtung des Nationalen Impfstoffregisters", veröffentlicht in der Allgemeinen Gesetzesreihe Amtsblatt, Nr. 257 vom 05. November 2018.

Datenquelle, aus der personenbezogene Daten stammen

Die personenbezogenen Daten, die vom Sanitätsbetrieb für die Verwaltung der oben genannten Impfungen gegen Sars CoV-2 verarbeitet werden, werden von den Personen, die sich der Impfung unterziehen, oder von denjenigen, die im Namen und im Auftrag der betroffenen Person handeln oder von Bevollmächtigten, zur Verfügung gestellt.

Verarbeitungsmodalität

Die Verarbeitung personenbezogener Daten werden mit elektronischen und/oder manuellen Modalitäten und von Seiten der Rechtsträger durchgeführt, die für die Verarbeitung autorisiert sind und in Übereinstimmung mit den Bestimmungen der Artikel 28, 29 und 32 des GDPR und in Beachtung der Grundsätze der Notwendigkeit, Rechtmäßigkeit, Korrektheit, Richtigkeit, Verhältnismäßigkeit, Einschlägigkeit und Nicht-Überschüssigkeit.

Aufbewahrungsfrist der personenbezogenen Daten und Kriterien dieser Frist

Die personenbezogenen Daten, die für die Impfungen gegen Sars CoV-2 Gegenstand der Verarbeitung sind, werden vom Sanitätsbetrieb, gemäß Art. 5 des GDPR und unter Berücksichtigung der Skartierungsrichtlinien des Aktenplans des Sanitätsbetriebes aufbewahrt und anschließend vernichtet.

Übermittlung der personenbezogenen Daten

Die für die Impfungen gegen Sars CoV-2 verarbeiteten personenbezogenen Daten werden in keiner Weise verbreitet und nicht an Drittländer übermittelt.

Empfänger, denen personenbezogene Daten mitgeteilt werden können

Die für die Impfungen gegen Sars CoV-2 verarbeiteten personenbezogenen Daten werden der Autonomen Provinz Bozen für die Verwaltung des Landesimpfregeisters mitgeteilt und können auch an andere Rechtsträger öffentlicher oder privater Natur übermittelt werden, wenn dies von den geltenden Vorschriften vorgesehen ist.

Geltendmachung der Rechte

Sie können sich an die Datenschutzsteuerungsgruppe, zusammengesetzt aus der Datenschutzreferentin und dem Data Protection Officer, erreichbar unter privacy@sabes.it oder in schriftlicher Form direkt an die obgenannte Anschrift wenden, wo Sie Ihr Recht auf Zugang zu Ihren personenbezogenen Daten geltend machen, die Berichtigung oder Ergänzung derselben und in den vom Gesetz festgelegten Fällen die Einschränkung, Löschung (sofern durch besondere Rechtsvorschriften zulässig) oder den Widerspruch gegen die Verarbeitung in Bezug auf das betriebliche Impfregeister verlangen (gemäß Art. 15 - 22 des GDPR).

Recht auf Beschwerde

Wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht gemäß den geltenden Rechtsvorschriften erfolgt, haben Sie das Recht, Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzureichen.

Der Verantwortliche der Datenverarbeitung, der Südtiroler Sanitätsbetrieb

INFORMAZIONI RESE AI SENSI DELL'ARTICOLO 13 - 14 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) RELATIVO ALL'ESECUZIONE DELLA VACCINAZIONE ANTI SARS CoV-2

Gentile Signora, gentile Signore,

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige, Titolare del trattamento dei dati personali (in ted. Verantwortlicher), Le fornisce con la presente, indicazioni sulle modalità con cui sono trattati i Suoi dati personali nell'ambito delle attività di vaccinazione anti Sars CoV-2 che potranno essere eseguite presso:

- le strutture dell'Azienda sanitaria;
- i presidi appositamente adibiti alle vaccinazioni anti Sars CoV-2 e gestiti dall'Azienda Sanitaria;
- le strutture residenziali per Anziani;
- i Medici di Medicina Generale.

Per poter effettuare la vaccinazione Le saranno richieste informazioni, anche di salute, ai fini dell'anamnesi e del rilascio del consenso al trattamento terapeutico e della registrazione della vaccinazione eseguita nell'Anagrafe vaccinale dell'Azienda sanitaria, che alimenta, così come previsto dal Decreto del 17 settembre 2018 in materia di "Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini", l'Anagrafe vaccinale Provinciale e Nazionale.

Il conferimento dei dati personali è necessario per poter erogare la prestazione richiesta, in caso contrario non sarà possibile eseguire la vaccinazione.

Titolare del trattamento dei dati personali è l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige con sede in Bolzano, via Cassa di Risparmio n. 4.

Responsabile della protezione dei dati

Il Titolare del trattamento dei dati personali ha individuato, così come previsto dall'articolo 37 del GDPR il proprio Responsabile della protezione dei dati personali (Data Protection Officer) che, assieme con il Referente Privacy, costituisce la propria Cabina di Regia Privacy.

Finalità e Base giuridica del trattamento dei dati

Le finalità del trattamento dei dati personali da parte dell'Azienda sanitaria sono quelle di diagnosi, cura e prevenzione nell'ambito dell'emergenza Sars-Cov-2, e trova la sua base giuridica nel Decreto-legge del 14 gennaio 2021, n. 2 e nel Decreto del 17 settembre 2018 del Ministero della Salute "Istituzione dell'Anagrafe nazionale vaccini", pubblicato in Gazzetta Ufficiale - Serie Generale, n. 257 del 05 novembre 2018.

Fonte da cui hanno origine i dati personali

I dati personali che l'Azienda sanitaria tratta per la gestione delle succitate vaccinazioni anti Sars CoV-2 sono conferiti da parte degli interessati che vi si sottopongono o da parte di coloro che agiscono in nome e per conto del diretto interessato o su sua delega.

Modalità di trattamento

Le attività di trattamento dei dati personali sono effettuate con modalità elettroniche e/o manuali da parte di soggetti autorizzati al trattamento in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 28, 29 e 32 del GDPR, adottando adeguate misure tecniche ed organizzative di sicurezza e rispettando i principi di necessità, liceità, correttezza, esattezza, proporzionalità, pertinenza e non eccedenza del trattamento.

Periodo di conservazione dei dati personali o criteri utilizzati per determinare tale periodo

I dati personali oggetto di trattamento per la vaccinazione anti Sars CoV-2 sono conservati dall'Azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 5 del GDPR ed in base a quanto previsto dal piano della conservazione documentale dell'Azienda sanitaria e successivamente saranno distrutti.

Trasferimento dei dati personali

I dati personali oggetto di trattamento per le vaccinazioni anti Sars CoV-2 non saranno in alcun modo diffusi e non saranno oggetto di trasferimento in Paesi terzi.

Destinatari ai quali i dati personali possono essere comunicati

I dati personali trattati per le vaccinazioni anti Sars CoV-2 sono comunicati alla Provincia Autonoma di Bolzano per la gestione della Anagrafe vaccinale Provinciale e potranno essere comunicati ad altri soggetti, di natura pubblica o privata, qualora previsto dalla normativa vigente.

Esercizio dei diritti

Lei può, rivolgendosi direttamente alla Cabina di Regia Privacy, composta dalla Referente Privacy e dal Data Protection Officer, contattabili all'indirizzo di posta elettronica privacy@sabes.it o scrivendo all'indirizzo suindicato, esercitare il diritto di accedere ai Suoi dati personali, o ottenerne la rettifica o integrazione e, nei casi stabiliti dalla legge, la limitazione, la cancellazione o l'opposizione al trattamento relativamente all'Anagrafe vaccinale Aziendale (ai sensi degli articoli da 15 a 22 del GDPR).

Diritto di reclamo

Qualora ritenga che i Suoi dati siano trattati in modalità non conforme alla normativa vigente può proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Il Titolare del trattamento dei dati, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige