

Mercedes-Benz BKK
28178 Bremen

Bestätigung der Impfung

KV-Nummer:
(Diese finden Sie auf der Gesundheitskarte)

Hiermit wird bestätigt, dass

Nachname

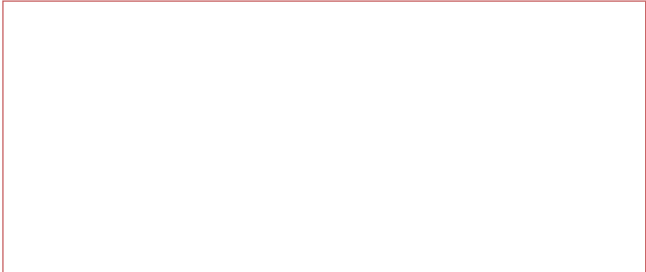
Vorname

am eine Impfung erhalten hat.
Datum

Details der Impfung

Art der Impfung:

Impfstoff:



Stempel der Arztpraxis

Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Datenschutzhinweis: Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie ordnungsgemäß erledigen zu können. Nach § 284 Sozialgesetzbuch (SGB) V in Verbindung mit § 206 SGB V, sowie nach § 94 und § 50 SGB XI sind wir berechtigt, die Daten zu erheben und Sie zur Mitwirkung verpflichtet. Die Nennung von Telefonnummer und E-Mail-Adresse ist freiwillig. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie auf unserer Website [mercedes-benz-bkk.com](https://www.mercedes-benz-bkk.com), Webcode 139d. Chancengleichheit, Vielfalt, Offenheit und Respekt gehören zu unseren Grundüberzeugungen. Grundsätzlich schließen alle gewählten Begriffe alle Geschlechter und Identitäten ein.