

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.