

Formblatt A1 zur Abgabe von Kinderimpfstoffen

Meldung der Impfstoffabgaben für den Monat _____/202__
zur monatlichen Abrechnung an die Pharmazeutische Gehaltskasse

Öffentliche Apotheke - Nr.:

Stempel der Apotheke

Name der Ärztin /des Arztes	Praxisort	BEYFORTUS		HEXYON	INFANRIX HEXA (läuft aus)	MMR- VAXPRO	ROTARIX (läuft aus)	ROTATEQ	VAXNEUVANCE	Repevax	***	***	**	Abgabedatum	Unterschrift der Ärztin / des Arztes
		*Anzahl der Einzeldosen 50 mg	100 mg								Engerix B	Nimenrix	Gardasil 9		
Einzelsummen:															

Summe aller abgegebenen Impfstoffe auf dieser Seite :

* Anzahl der Einzeldosen eintragen, auch wenn sich eine Einzeldosis in einer 10-er Packung befinden sollte.
** ab 01.07.2024, Catch-up Impfung für versäumte Schulimpfungen gratis von 12 bis 21 Jahre (ab 21 Jahre bis 30 Jahre befristet bis 30.06.2026 - gilt nur für Zweitimpfung)
*** Catch-up Impfung für versäumte Schulimpfungen, bzw. ggf. Neugeborene mit Risiko