

Formblatt A zur Abgabe von Kinder-/Influenzaimpfstoffen

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 oder MitarbeiterIn des Altenwohnheimes	Praxisort					nur für Neugeborene mit Risiko	Kinderimpfprogramm		Altenwohnheimen und **	Abgabedatum	Unterschrift der/des Ärztin/Arztes oder MitarbeiterIn des Altenwohnheimes
		Hexyon (DTaP- IPV- HIB-HepB) *Anzahl der Einzeldosen	MMR- VAXPRO (MMR) *Anzahl der Einzeldosen	Rotarix *Anzahl der Einzeldosen	Prevenar 13 *Anzahl der Einzeldosen	HBvaxPro *Anzahl der Einzeldosen	Fluenz tetra *Anzahl der Einzeldosen	Fluarix tetra *Anzahl der Einzeldosen	Fluad tetra *Anzahl der Einzeldosen		
Einzelsummen:											

Summe aller abgegebenen Impfstoffe auf dieser Seite :

* Anzahl der Einzeldosen eintragen, auch wenn sich eine Einzeldosis in einer 10-er Packung befinden sollte.
** Risikopersonen und rezeptgebührenbefreiten Personen, so lange der Vorrat reicht