

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                           |        | INFANRIX<br>HEXA           | MMR-<br>VAXPRO             | ROTARIX                    | VAXNEUVANCE                | Repevax                    | ***<br>Engerix B           | ***<br>Nimenrix            | **<br>GARDASIL 9           | Abgabedatum | Unterschrift<br>der Ärztin /<br>des Arztes |
|-----------------------------|-----------|-------------------------------------|--------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|--------------------------------------------|
|                             |           | *Anzahl der<br>Einzeldosen<br>50 mg | 100 mg | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>Einzeldosen | *Anzahl der<br>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.  
\*\* ab 01.07.2024, Catch-up Impfung für versäumte Schulimpfungen gratis von 12 bis 30 Jahre (ab 21 Jahre bis 30 Jahre befristet bis 30.06.2026)  
\*\*\* Catch-up Impfung für versäumte Schulimpfungen, bzw. ggf. Neugeborene mit Risiko