

Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

## Impfdokumentation für das ..... Quartal 202 für die HEPATITIS-B-IMPfung

(für Neugeborene von HBsAg – positiven Müttern)

Impfärztin/Impfarzt: .....

(Stempel der Ärztin/des Arztes)

Impfstoff: **HBVaxPro 5µg**

Chargen-Nr. des Impfstoffes: .....

**BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN GUT LESBAR AUSFÜLLEN ODER BEI EVTL. EDV-BEARBEITUNG UNSER MUSTERFORMBLATT VERWENDEN !**

Ifd. Nr.	* 1.,2.	Impf-datum:	Familiename des Impflings:	Vorname des Impflings:	Geburts-datum:	Vers. Nr.:	Geschlecht m/w	PLZ:	Wohnort:

\* Bitte eintragen: 1. oder 2. Teilimpfung (1. Teilimpfung wird in der Regel im Kreissaal bzw. in der Neugeborenenstation verabreicht)