Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

# Impfdokumentation für das ..... Quartal 202..
# für die ROTAVIRUS-IMPFUNG

Impfärztin/Impfarzt: ..... (Stempel der Ärztin/des Arztes)
Impfstoff: **Rotarix®**
Chargen-Nr. des Impfstoffes: .....

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

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

*) Bitte eintragen: 1. oder 2. Teilimpfung