

Formblatt A 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	nur für Neugeborene mit Risiko										Abgabedatum	Unterschrift der Ärztin / des Arztes	
		HEXYON <small>(läuft aus)</small> *Anzahl der Einzeldosen	INFANRIX HEXA *Anzahl der Einzeldosen	MMR- VAXPRO *Anzahl der Einzeldosen	ROTARIX *Anzahl der Einzeldosen	PREVENAR 13 <small>(läuft aus)</small> *Anzahl der Einzeldosen	** VAXNEUVANCE *Anzahl der Einzeldosen	HBvaxPro <small>(läuft aus)</small> *Anzahl der Einzeldosen	(****) Engerix B *Anzahl der Einzeldosen	**** Nimenrix *Anzahl der Einzeldosen	**** Repevax *Anzahl der Einzeldosen			*** GARDASIL 9 *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.
- ** ab 01.02.2023 für alle Erstimpfungen
- *** ab 01.02.2023, gratis von 12 bis 21 Jahre
- **** Catch-up Impfung für versäumte Schulimpfungen