

Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

Impfdokumentation für das Quartal 202.
für die FLUAD TETRA® - IMPFUNG
für Personen ab 65. LJ

Impfärztin/Impfarzt:

(Stempel der Ärztin/des Arztes)

Impfstoff: Fluad Tetra®

Chargen-Nr. des Impfstoffes:

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

lfd. Nr.	Impf- datum:	Familienname des Impflings:	Vorname des Impflings:	Geburts- datum:	Vers. Nr.:	Geschlecht m/w	PLZ:	Wohnort: