

Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

**Impfdokumentation für das ..... Quartal 202.**  
**für die FLUARIX TETRA® - IMPFUNG**  
**ab dem 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 2. Lebensjahr**

Impfärztin/Impfarzt: .....

(Stempel der Ärztin/des Arztes)

Impfstoff: Fluarix Tetra®

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

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

lfd. Nr.	*Impfung 1 oder 2	Impfdatum:	Familienname des Impflings:	Vorname des Impflings:	Geburtsdatum:	Vers. Nr.:	Geschlecht m/w	PLZ:	Wohnort:

Kinder ab dem 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 9. Lebensjahr benötigen 2 Impfungen im Abstand von mindestens 4 Wochen.

\* Bitte eintragen: erste oder zweite Impfung einer erstmaligen Immunisierung