

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 !

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 (1. Teilimpfung wird in der Regel im Kreissaal bzw. in der Neugeborenenstation verabreicht)