

Formblatt A1- zur Abgabe von Grippeimpfstoffe

Meldung der Influenza-Impfstoffabgaben für den Monat _____/202_
zur monatlichen Abrechnung an die Pharmazeutische Gehaltskasse

Öffentliche Apotheke - Nr.:

Stempel der Apotheke

Name des Arztes/ der Ärztin	Praxisort	Kinderimpfungen		Altenwohnheimen, Risikopersonen und rezeptgebührenbefreiten Personen		Abgabedatum	Unterschrift des/der Arztes/Ärztin
		Fluenz tetra Anzahl der Einzeldosen	Fluarix tetra Anzahl der Einzeldosen	Fluad tetra Beachte: Angabe in Einzeldosen	Efluelda Anzahl der Einzeldosen		
Einzelsummen							

Summe aller abgegebenen Impfstoffe auf dieser Seite :