

Dieses Formblatt dient als Dokumentations- und Abrechnungsgrundlage

Impfdokumentation für das Quartal 202.. für die ROTAVIRUS-IMPfung

Impfärztin/Impfarzt:

(Stempel der Ärztin/des Arztes)

Impfstoff: **Rotarix®**

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