

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 !**

Ifd. 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