

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

Öffentliche Apotheke - Nr.: \_\_\_\_\_

Stempel der Apotheke

									nur für Neugeborene mit Risiko	Influenza NEU				
Name des Arztes/ der Ärztin	Praxisort	Hexyon (DTaP-IPV-HIB- HepB) Anzahl	MMR-VAXPRO (MMR) Anzahl	Rotateq Anzahl	Rotarix Anzahl	Synflorix Anzahl	Prevenar 13 Anzahl	HBvaxPro Anzahl	Fluenz Tetra Nasenspray Anzahl	Eflueda/ Fluzone high-dose Anzahl	ggf. Vaxigrip Tetra Anzahl	Abgabedatum	Unterschrift des/der Arztes/Ärztin oder Mitarbeiter/in des Altenwohnheimes	

**Summe aller abgegebenen Impfstoffe:**