

**Formblatt A zur Abgabe von Kinder-/Influenzaimpfstoffen**

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

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

Stempel der Apotheke

Name der Ärztin /des Arztes oder MitarbeiterIn des Altenwohnheimes	Praxisort					nur für Neugeborene mit Risiko	Kinderimpfprogramm		Altenwohnheimen und **	Abgabedatum	Unterschrift der/des Ärztin/Arztes oder MitarbeiterIn des Altenwohnheimes
		Hexyon (DTaP- IPV- HIB-HepB)  *Anzahl der Einzeldosen	MMR- VAXPRO (MMR)  *Anzahl der Einzeldosen	Rotarix  *Anzahl der Einzeldosen	Prevenar 13  *Anzahl der Einzeldosen	HBvaxPro  *Anzahl der Einzeldosen	Fluenz tetra  *Anzahl der Einzeldosen	Fluarix tetra  *Anzahl der Einzeldosen	Fluad tetra  *Anzahl der Einzeldosen		
<b>Einzelsummen:</b>											

**Summe aller abgegebenen Impfstoffe auf dieser Seite :**

\* Anzahl der Einzeldosen eintragen, auch wenn sich eine Einzeldosis in einer 10-er Packung befinden sollte.  
 \*\* Risikopersonen und rezeptgebührenbefreiten Personen, so lange der Vorrat reicht