

Formblatt A

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		
Name des Arztes/ der Ärztin	Praxisort	Hexyon (DTaP- IPV-HIB- HepB) Anzahl	MMR-VAXPRO (MMR) Anzahl	Rotarix Anzahl	Prevenar 13 Anzahl	HBvaxPro Anzahl	Abgabedatum	Unterschrift des/der Arztes/Ärztin	
Einzelsummen									

Summe aller abgegebenen Impfstoffe auf dieser Seite :