

**Formblatt A1- zur Abgabe von Grippeimpfstoffe**

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

Öffentliche Apotheke - Nr.:

Stempel der Apotheke

Name des Arztes/ der Ärztin	Praxisort	Kinderimpfungen		Altenwohnheimen, Risikopersonen und rezeptgebührenbefreiten Personen		Abgabedatum	Unterschrift des/der Arztes/Ärztin
		Fluenz tetra Anzahl der Einzeldosen	Fluarix tetra Anzahl der Einzeldosen	Fluad tetra Beachte: Angabe in Einzeldosen	Efluelda Anzahl der Einzeldosen		
<b>Einzelsummen</b>							

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