

Anforderung Gratisimpfstoff\_Ord

\_\_\_\_\_  
Arztstempel

Impfkonzept-Teilnehmer Nr.:

| Impfstoff            | Anzahl               | Anmerkung   |
|----------------------|----------------------|---|
| Rotarix              | <input type="text"/> | Beginn 7. Bis vollendete 24. Lebenswoche                        |
| Infanrix Hexa        | <input type="text"/> | Beginn 3. Monat bis vollendetes 6. Lebensjahr                   |
| Vaxneuvance          | <input type="text"/> | Beginn 3. Monat bis vollendetes 5. Lebensjahr                   |
| M-M-R Vax Pro        | <input type="text"/> | Beginn 10. Lebensmonat bis 99 Jahre                             |
| Repevax              | <input type="text"/> | Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr                        |
| Gardasil 9           | <input type="text"/> | Beginn vollendetes 9. bis vollendetes 21. Lebensjahr            |
| Nimenrix             | <input type="text"/> | Beginn 11. bis vollendetes 13. Lebensjahr                       |
| Engerix-B 10         | <input type="text"/> | Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr                        |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | Reserveimpfstoff – nur vom Land Kärnten freigegebene Impfstoffe |

**Bestätigungen**

**vom niedergelassenen Arzt:**

- Ich bestätige, dass ich die Anspruchsberechtigung für zu impfende Personen anhand des Impfkontos in der Gesundheitsdatenbank des Landes Kärnten (GDB) überprüfe und die Durchführung der Impfung in der GDB dokumentiere. Wenn eine Person nicht in der GDB erfasst ist, übermittle ich die Daten zur Person und zur Impfung mit dem Formular „Meldung einer Gratisimpfung“ .
- Ich bestätige, dass ich der geimpften Person alle Leistungen im Zusammenhang mit der Impfung kostenfrei anbiete.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt

**Bestätigung der Abgabe durch die Apotheke**

**Abgebende Apotheke:**

\_\_\_\_\_  
Datum und firmenmäßige Fertigung