

**Impfstoffanforderung – Rezept  
Gratis-Impfprogramm des Landes Kärnten**

**1. Anfordernde Ordination**

Zutreffendes ankreuzen:

**Sammelbestellung pro ordinatione**

(Datum, Arztstempel und Unterschrift)

**Einzelrezept für**

Familienname(n)	Vorname(n)	Sozialversicherungsnummer		
PatientIn				
		TT	MM	JJ
Anschrift				

Impfstoff	Anzahl	Anmerkung
Rotarix		Beginn 7. Bis vollendete 24. Lebenswoche
Hexyon		Beginn 3. Monat bis vollendetes 6. Lebensjahr
Infanrix Hexa		Beginn 3. Monat bis vollendetes 6. Lebensjahr
Prevenar 13		Beginn 3. Monat bis vollendetes 5. Lebensjahr
Vaxneuvance		Beginn 3. Monat bis vollendetes 5. Lebensjahr
M-MR-Vax Pro		Beginn 10. Lebensmonat bis 99 Jahre
Repevax		Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr
Gardasil 9		Beginn vollendetes 9. bis vollendetes 21. Lebensjahr
Nimenrix		Beginn 11. bis vollendetes 15. Lebensjahr
HBVaxPro 5 µg		Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr für alle
		Reserve – nur vom Land freigegebene Impfstoffe

Leere Zeilen durchstreichen

**2. Apotheke: Datum und firmenmäßige Fertigung**

**3. Apotheke: Versand**

an das Amt der Kärntner Landesregierung, Abt 5 – UA Sanitätswesen, 9021 Klagenfurt, Mießtaler Straße 1

**4. AKL: Lagerbuchung**

in der GDB durchgeführt am/von: