

Anforderung Gratisimpfstoff_Ord

Arztstempel

Impfkonzept-Teilnehmer Nr.: **Verfügbare Impfstoffe 2026**

Impfstoff	Anzahl	Anmerkung
Rotateq	<input type="text"/>	Beginn 7. Bis vollendete 32. Lebenswoche
Rotarix	<input type="text"/>	Beginn 7. Bis vollendete 24. Lebenswoche
Hexyon	<input type="text"/>	Beginn 7. Lebenswoche bis vollendetes 6. Lebensjahr
Infanrix Hexa	<input type="text"/>	Beginn 3. Monat bis vollendetes 6. Lebensjahr
Vaxneuvance	<input type="text"/>	Beginn 7. Lebenswoche bis vollendetes 5. Lebensjahr
M-M-R Vax Pro	<input type="text"/>	Beginn 10. Lebensmonat bis 99 Jahre (keine Altersbeschränkung)
Repevax	<input type="text"/>	Beginn 6. bis vollendetes 15. Lebensjahr
Gardasil 9	<input type="text"/>	Beginn vollendetes 9. bis vollendetes 21. Lebensjahr (2. Impfungen der kostenfreien Nachholimpfung sind nur bis 30.06.2026 möglich)
Nimenrix	<input type="text"/>	Beginn 11. bis vollendetes 15. Lebensjahr
Engerix-B 10	<input type="text"/>	Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr
Beyfortus 50	<input type="text"/>	Neugeborene bis zu 5 kg Körpergewicht – (max. 5 Stk./Bestellung)
Beyfortus 100	<input type="text"/>	Kinder ab 5 kg Körpergewicht – (max. 5 Stk./Bestellung)
<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**