

**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 – ab 1.2.2020		Beginn 7. Bis vollendete 24. Lebenswoche
Rotateq* -		Beginn 7. bis vollendete 32. Lebenswoche (*für das Fertigimpfen begonnener Impfserien)
Hexyon		Beginn 3. Monat bis vollendetes 6. Lebensjahr
Prevenar 13 – ab 1.2.2020		Beginn 3. Monat bis vollendetes 5. Lebensjahr
Synflorix *		Bis vollendetes 5. Lebensjahr (*für das Fertigimpfen begonnener Impfserien)
M-M-Rvaxpro		Beginn 10. Lebensmonat bis 99 Jahre
Repevax		Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr
HBVaxPro 5 µg		Beginn 7. bis vollendetes 15. Lebensjahr NEU
Gardasil 9		1. Teilimpfung Beginn 10. bis vollendetes 12. Lebensjahr 2. Teilimpfung bis vollendetes 13. Lebensjahr
Nimenrix		Beginn 11. bis vollendetes 15. Lebensjahr
		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: