

IMFGUTSCHEIN FÜR KINDER BIS ZUM 6. LEBENSJAHR

.....
Familienname und Vorname des Kindes

Vers. Nr./Geburtsdatum des Kindes weiblich männlich

PLZ Straße

Impfung gegen (Zutreffendes bitte ankreuzen) Impfdatum Chargen Nr.

Rotaviren (RotaTeq) 1. TI 2. TI 3. TI

Datum Unterschrift und Stampiglie des Arztes/der Ärztin

Zustimmungserklärung: Als Sorgeberechtigter stimme ich der Übermittlung der auf dem Gutschein erfassten Daten durch den Arzt an die Magistratsabteilung 15 (MA 15) und die Erfassung und Bearbeitung dieser durch die MA 15 in einem personenbezogenen zentralen Impfkataster zu. Dieser Impfkataster dient als Basis für die statistische Auswertung und Berechnung der Durchimpfung. Außerdem ist es durch diesen Kataster in Hinkunft möglich, bei Verlust der Impfaufzeichnungen ein Duplikat auszustellen oder Informationen über fehlende Impfungen zu geben.

Datum Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

REZEPTABSCHNITT FÜR APOTHEKE

.....
Familienname und Vorname des Kindes Geburtsdatum des Kindes

.....
PLZ Straße

Rp.

Rotaviren (RotaTeq) I OP

Datum Unterschrift und Stampiglie des Arztes/der Ärztin Datum Stampiglie der Apotheke