

Zeckenschutzimpfung

Abrechnungsformular für FSME-Adsorbatimpfstoff zur Refundierung über die Pharmazeutische Gehaltskasse

ÖGK _____



Mitglieds-Nr. _____

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW

SVS-LW

_____ Aussteller – bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstversichert	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)
---	---------------------	-----------------------------------

Familienname(n)	Vorname(n)	Vers.-Nr.	Tag	Monat	Jahr
Patient					

Anschrift _____

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)	Vers.-Nr.	Tag	Monat	Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort) _____

FSME-IMMUN 0,5 ml Erwachsene

FSME-IMMUN 0,25 ml Junior

Stempel der Apotheke

Datum

Unterschrift des Übernehmers