



## Impfdokumentationsschein für Ärztin/Arzt

**Impfstoff: Fluzone® High-Dose Quadrivalent für Personen ab 65 Jahren, 1 Teilimpfung**

Bitte die Daten der zu impfenden Person in Blockbuchstaben ausfüllen: Vielen Dank!

-----  
Familiename der zu impfenden Person

-----  
Vorname der zu impfenden Person

-----  
Adresse, Postleitzahl, Ort

-----  
Sozialversicherungsnummer der zu  
impfenden Person

-----  
Geburtsdatum: Tag/Monat/Jahr der zu  
impfenden Person

**Impfdatum:** \_\_\_\_\_

Die Zustimmungserklärung zur Impfung und zur Datenverarbeitung liegt auf.

Ich ersuche um Anweisung des aktuell gültigen Impfhonorars in der Höhe von EUR 11.-

-----  
Datum & Unterschrift Ärztin/Arzt

Bitte übermitteln Sie diese Impfbestätigungen an die Wissenschaftliche Akademie für  
Vorsorgemedizin, Radetzkystraße 9/1, 8010 Graz.