

# Zeckenschutzimpfung

## Abrechnungsformular für FSME-Adsorbatimpfstoff zur Refundierung über die Pharmazeutische Gehaltskasse

ÖGK \_\_\_\_\_



Mitglieds-Nr. \_\_\_\_\_

☐ A ☐ B BVAEB-EB

☐ BVAEB-OEB

☐ SVS-GW \_\_\_\_\_

☐ SVS-LW \_\_\_\_\_

☐ \_\_\_\_\_

1  
Erwerbstätig  
Arbeitslos  
Selbstversichert

5  
Pensionist(in)

7  
Kriegshinter-  
bliebene(r)

Aussteller – bitte zutreffendes Feld ankreuzen!

Familienname(n)

Vorname(n)

Vers.-Nr.

Tag

Monat

Jahr

Patient

Anschrift

Vers.-Nr.

Tag

Monat

Jahr

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

☐ ENCEPUR® 0,5 ml Erwachsene

☐ ENCEPUR® 0,25 ml Kinder

☐ FSME-IMMUN® 0,5 ml Erwachsene

☐ FSME-IMMUN® 0,25 ml Junior

Stempel der Apotheke

Datum

Unterschrift des Übernehmers