

Zeckenschutzimpfung

Abrechnungsformular für FSME-Adsorbatimpfstoff zur
Refundierung über die Pharmazeutische Gehaltskasse

ÖGK _____



9 088882 442683

Mitglieds-Nr. _____

A B BVAEB-EB

BVAEB-OEB

SVS-GW _____

SVS-LW _____

1

5

7

Erwerbstätig
Arbeitslos
Selbstversichert

Pensionist(in)

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