

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