

Dienststelle Gesundheit und Sport

Abrechnung ärztliche Leistungen Freiwillige Schulimpfungen

Bitte alle nicht grau schraffierten Felder elektronisch ausfüllen.
Bitte der Abrechnung die Formulare "Persönliche Impfkontrolle" beilegen.

Name und Adresse Schulärztin/Schularzt (Stempel Praxis):	Tel. / Fax Praxis:
	Email Praxis:
Schule (bitte pro Schulstufe ein Abrechnungsformular ausfüllen):	
Name Schulhaus, Gemeinde: _____	
Schulklasse/-n (z.B. Sek 2c): _____	

Impfstoff	Preis pro Impfstoff- dosis CHF exkl. MWST	Leistungs- pauschale pro Impf- handlung CHF	Anzahl Impfleis- tungen	Impfstoff- kosten CHF exkl. MWST	Bemerkungen
Revaxis					
Boostrix					
Boostrix-Polio					
Infanrix DTPa-IPV					
Tetravac					
Poliorix					
Priorix					
MMRVaxPro					
Measles Vaccine					
Engerix-B 20					
Engerix-B 10					
HBVaxPro 10					
Varilrix					
Varivax					
Datum:		Total Leistungs- pauschalen CHF	Total Anzahl Impf- leistungen	Total Impfstoff- kosten CHF exkl. MWST	Total Impfstoffkosten CHF inkl. 2.6% MWST
Unterschrift Schulärztin/Schularzt:					Total ärztliche Leistungen CHF (Total Leistungs- pauschalen und Impfstoffkosten inkl. 2.6% MWST)