

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 Impfstoffdosis CHF exkl. MWST	Leistungs- pauschale pro Impf- handlung CHF	Anzahl Impf- leistungen	Impfstoff- kosten CHF exkl. MWST	Bemerkungen	
Revaxis						
Boostrix						
Boostrix-Polio						
Infanrix DTPa-IPV						
Tetravac						
Poliorix						
Priorix						
MMRVaxPro						
Measles Vaccine						
Enerix-B 20						
Enerix-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. 2.5% MWST	Total ärztliche Leistungen CHF (Total Leistungs- pauschalen und Impfstoffkosten inkl. 2.5% MWST)
Unterschrift Schulärztin/Schularzt:						