## Anlage 1b\* Bestellschein für Grippeimpfstoffe\* für Quartal …….. Jahr ……… (bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)

**Name Betriebs- oder Werksarzt/ärztin ………………………………………………………………..**

**IK-Nummer Betrieb- oder Werksarzt/ärztin ………………………………………………………………….**

**Anschrift Betriebs- und Werksarzt/ärztin ……………………………………..……………………………**

**Betrieb (Name und Ort) ………………………………………………………………..**

## Impfaktion Ort/ Betrieb/Datum …………………………………………………………………

An

## Name der Apotheke ……………………………………

**Anschrift ……………………………………**

## Bestellnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestelldatum:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Bestellter Impfstoff: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gesamt | Packungsgröße | Menge2 | Geschätzte Anzahl Versicherte |
|  |  |
| Verteilung Kranken-kassen: |  |  |
| AOK Niedersachsen |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  1 |  |  |  |
|  1 |  |  |  |
|   |  |  |  |

\*) max. Erstattungsbetrag: AEK + 3% + MwSt.

1 Beitretende Betriebs-/ sonstige Krankenkasse

2 Übertrag: in ( ): nicht eingesetzte Grippeimpfstoffe im Vorquartal

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift Betriebs- oder Werksarzt/ärztin