

Anlage 1b*

**Bestellschein für Grippeimpfstoffe* für Quartal Jahr
(bis zur DTA-Abrechnung gem. neuer TA)**

Name Betriebs- oder Werkarzt/ärztin
 IK-Nummer Betrieb- oder Werkarzt/ärztin
 Anschrift Betriebs- und Werkarzt/ärztin
 Betrieb (Name und Ort)
 Impfkation Ort/ Betrieb/Datum

An

Name der Apotheke
 Anschrift

Bestellnummer: _____

Bestelldatum: _____

Bestellter Impfstoff: _____

Gesamt	Packungsgröße	Menge ²	Geschätzte Anzahl Versicherte
	Verteilung Krankenkassen:		
AOK NW			
KNAPPSCHAFT			
1			
1			

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

¹ Beitretende Betriebs-/ sonstige Krankenkasse

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

Datum

Unterschrift Betriebs- oder Werkarzt/ärztin