

# ANMELDEFORMULARE für das Jahr 2022

## FSME-IMMUN 0,5 ml Erwachsene, für Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr

### Die neuen Impftermine

werden wie nachstehend angeführt, folgendermaßen festgelegt:

- |   |   |                         |
|---|---|-------------------------|
| 1. Teilimpfung der neu zu impfenden Schüler*innen:<br>3. Teilimpfung der bereits im März und April 2021 geimpften Schüler*innen:<br>Auffrischungsimpfung: | } | <b>28.2. – 8.4.2022</b> |
| 2. Teilimpfung für Schüler*innen, die vom 28.2.-8.4.2022 erstgeimpft wurden:  |   | <b>2.5. – 10.6.2022</b> |

Impfkosten			
	SVS	ÖGK	BVAEB
1. Teilimpfung und 2. Teilimpfung	€ 73,00	€ 65,00	€ 41,00
3. Teilimpfung oder Auffrischungsimpfung	€ 36,50	€ 32,50	€ 20,50

### LIEBE ELTERN!

Sollten Sie Ihr Kind impfen lassen wollen, füllen Sie bitte nachstehende Erklärung aus.

## ANMELDE- und ABRECHNUNGSFORMULAR für 2022

### FSME-IMMUN 0,5 ml Erwachsene

Bitte in Blockschrift ausfüllen!

Schule:	Klasse:	Pro Impfstoff eine Nr. (vom Apotheker auszufüllen)

Ich, Frau/Herr .....

als Erziehungsberechtigte(r) der Schülerin/des Schülers .....  
 erkläre mich mit der Impfung meines Kindes gegen die Zeckenbisskrankerung im Rahmen der Schulimpfaktion einverstanden.

Bitte gewünschte Impfung deutlich ankreuzen:

- |  |   |                                       |  |
|--|---|---------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Neuimpfung = | { | 1. Teilimpfung<br>+<br>2. Teilimpfung | oder<br><input checked="" type="checkbox"/> 3. Teilimpfung (1 Jahr nach kompletter Neuimpfung)<br>oder<br><input checked="" type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung |
|--|---|---------------------------------------|--|

	Vor- und Zuname	Vers.-Nr.	Geburtsdatum
Schüler*in			
Hauptversicherte*r			

Krankenkasse: (Zutreffendes ankreuzen)  ÖGK  BVAEB-EB  BVAEB-OEB  SVS-GW  SVS-LW  Sonstige:

Wohnadresse des Versicherten: .....

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort): .....

Ich bestätige, dass obige Angaben wahrheitsgemäß erfolgten. Ich gebe die Zustimmung und nehme zur Kenntnis, dass der zustehende Ersatzbetrag direkt mit meinem zuständigen Sozialversicherungsträger bzw. Unfallversicherungsträger verrechnet und abgetreten wird.

Krk.-Zuschuss	4,00	16,00

Apo.-Stempel

..... Datum .....

..... Unterschrift des Erziehungsberechtigten .....

Bitte Anmeldeformular wegen der Kostenübernahme des Krankenversicherungsträgers genau ausfüllen. Bei ungenauen Angaben kann Ihr Kind sonst nicht an der Impfaktion teilnehmen.