

# ANMELDEFORMULARE für das Jahr 2022

## FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, für Personen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr

### Die neuen Impftermine

werden wie nachstehend angeführt, folgendermaßen festgelegt:

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

| Impfkosten                               |         |         |         |
|--|---------|---------|---------|
|  | SVS     | ÖGK     | BVAEB   |
| 1. Teilimpfung und 2. Teilimpfung        | € 68,40 | € 60,40 | € 36,40 |
| 3. Teilimpfung oder Auffrischungsimpfung | € 34,20 | € 30,20 | € 18,20 |

### LIEBE ELTERN!

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

## ANMELDE- und ABRECHNUNGSFORMULAR für 2022

### FSME-IMMUN 0,25 ml Junior

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 Zeckenbisskrankung im Rahmen der Schulimpfaktion einverstanden.

Bitte gewünschte Impfung deutlich ankreuzen:

- Neuimpfung =  $\begin{cases} 1. \text{ Teilimpfung} \\ + \\ 2. \text{ Teilimpfung} \end{cases}$   3. Teilimpfung (1 Jahr nach kompletter Neuimpfung)  
oder  Auffrischungsimpfung

|                     | Vor- und Zuname | Vers.-Nr. | Geburtsdatum |
|---------------------|-----------------|-----------|--------------|
| Schüler*in          |                 |           |              |
| Haupt-versicherte*r |                 |           |              |

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

Wohnadresse des Versicherten: .....

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

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 |
|---------------|------|-------|

..... Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

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

Apo.-Stempel