

IMPFGUTSCHEIN für Einzelimpfung

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers



LAND SALZBURG

.....
Vorname

.....
Nachname

.....
Sozialversicherungsnr. Tag Monat Jahr

.....
PLZ, Ort

.....
Straße (lt. Meldezettel)

.....
Unterschrift d. zu impfenden Person/Erziehungsberechtigte/r

Die personenbezogenen Daten (Daten zur Person und zu Art und Datum der Impfung) werden durch das Land Salzburg zur Dokumentation/Verrechnung der Impfung gespeichert und von den Gesundheitsbehörden in Salzburg im Anlassfall zur Abfrage des Impfstatus eingesehen. Informationen zum Datenschutz, zu den Betroffenenrechten sowie die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter: www.salzburg.gv.at/datenschutz

Chargennr.:

Impfstoff:

..... Teilimpfung

Impfdatum:

.....
Stempel Ärztin/Arzt

Abrechnungsgrund (Gutschein):

- ☐ Impfleistungen bis 31.12.2025
- ☐ Grenzarzt im Nachbarbundesland

Fehlende SV-Nummer:

- ☐ Geflüchtete/r
- ☐ Ausländische/r Patient/in mit Wohnsitz und Leistungsanspruch in Salzburg

Alle Felder sind Pflichtfelder