

IMPFGUTSCHEIN für Einzelimpfung

männlich weiblich divers

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 Kontaktdata des Datenschutzbeauftragten finden Sie unter: www.salzburg.gv.at/datenschutz



LAND
SALZBURG

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