

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Impfstoff:

Teilimpfung

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMFPGUTSCHEIN für Einzelimpfung

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnummer

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: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>

Chargennummer:

Impfstoff:

Teilimpfung

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Alle Felder sind Pflichtfelder



Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Impfstoff:

Teilimpfung

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMFPGUTSCHEIN für Einzelimpfung

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnummer

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: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>

Chargennummer:

Impfstoff:

Teilimpfung

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Alle Felder sind Pflichtfelder



Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Impfstoff:

Teilimpfung

Abgabedatum

Unterschrift der zu impfenden Person/
Erziehungsberechtigte/r

Stempel der Apotheke

Alle Felder sind Pflichtfelder

IMFPGUTSCHEIN für Einzelimpfung

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Vorname

Nachname

Sozialversicherungsnummer

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: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>

Chargennummer:

Impfstoff:

Teilimpfung

Impfdatum:

Stempel Ärztin/Arzt

Alle Felder sind Pflichtfelder

