

## Teilnehmer

Name

Vorname

Geburtsdatum

Krankenversicherungsnummer

Rufnummer\*

## Bankverbindung

Geldinstitut

IBAN

## Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben

Datum, Unterschrift, gesetzlicher Vertreter (bis 14 Jahre)

Datenschutzhinweis (§ 67a SGB X): Die persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie rechtmäßig zu erfüllen. Grundlage hierfür ist § 284 SGB V. Freiwillige Angaben können Sie jederzeit widerrufen.  
\* freiwillige Angabe für eventuelle Rückfragen

## Ärztlich empfohlene Schutzimpfungen

### 1. Auffrischung (5 - 6 Jahre)

Tetanus, Diphtherie,  
Keuchhusten (Pertussis)

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### 2. Auffrischung (9 - 16 Jahre)

Tetanus, Diphtherie,  
Keuchhusten (Pertussis),  
Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### Grippe (Influenza)

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### HPV (Humane Papillomviren)

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### HPV

(Humane Papillomviren)

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### FSME

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### FSME

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### FSME

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### Weitere \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### Weitere \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### Weitere \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

### Weitere \_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift und Stempel Arztpraxis

