Teilnahme an der Initiative „Impfpraxis NÖ“

Ich möchte an der Initiative „Impfpraxis NÖ“ teilnehmen und bin einverstanden, dass die Informationen zu den Impfungen und Impfstoffen in meiner Ordination auf der Website der ÄKNÖ www.arztnoe.at/impfpraxis-noe veröffentlicht werden.

_____

Name

_____

Adresse / Standort der Ordination

_____

Ort, Datum, Unterschrift

Folgende Impfungen biete ich in meiner Ordination an und ich habe die entsprechenden Impfstoffe in der Ordination lagernd. *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Impfstoff / Impfung	Wird angeboten	Ist lagernd
Influvac Tri	☐	☐
Flucelvax	☐	☐
Fluenz	☐	☐
Fluad	☐	☐
COVID-19	☐	☐
Pneumokokken	☐	☐
Herpes Zoster	☐	☐
FSME	☐	☐
Tetanus-Kombinationsimpfstoff (3-fach/4-fach)	☐	☐
Hepatitis A	☐	☐
Hepatitis B	☐	☐
Hepatitis A+B (Kombination)	☐	☐
Polio (Mono)	☐	☐
Sonstige Impfungen (z. B. HPV, Reiseimpfungen etc.)	☐	☐

Ich biete die Impfungen auch für Fremdpatientinnen und -patienten an?

☐ Ja ☐ Nein

Ich stimme zu, dass meine Antworten zu den durchgeführten Impfungen auf einer Liste der Initiative „Impfpraxis NÖ“ auf www.arztnoe.at/impfpraxis-noe veröffentlicht werden *(Widerruf jederzeit möglich)*.

○ Ja ○ Nein