Kantonales HPV-Impfprogramm Solothurn: Abrechnungsformular für teilnehmende Ärztinnen und Ärzte – Gardasil 9®

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Name | Vorname | Geburts- datum | Wohnort | Datum (TT/MM/JJ) | | |
| 1. Impfung | 2. Impfung | 3. Impfung |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |

Abrechnung Anzahl Impfungen Gardasil 9® (à CHF 110.05) ........................... Betrag CHF ...........................

Wichtig: Abrechnungsformulare mit mind. 10 eingetragenen Einzel-Impfdosen können laufend eingeschickt werden, Abrechnungsformulare mit weniger als 10 eingetragenen Einzel-Impfdosen quartalsweise (d.h. jeweils per Ende März, Ende Juni, Ende September, Ende Dezember).

Ort, Datum: ............................................... Unterschrift und Stempel: .................................................................................................