

Formular zur Abrechnung von Impfleistungen zur Influenza A (H1N1) für den Bereich der KV Hessen

(Bitte möglichst per Fax an die KV Hessen übermitteln: **069 / 79502-166**)

Angaben zur Arztpraxis	
Praxisname:	
BSNR:	

Angaben zu erbrachten Impfungen

Datum: _____

Blatt Nr. _____ (Bitte durchnummerieren, falls mehr als ein Blatt zur Abrechnung eingereicht wird)

	Geb.-Datum Impfling Bitte TT.MM.JJJJ	PLZ Impfling z.B. 60123	Geschlecht Bitte nur m oder W	Kostenträger Bitte nur eine Angabe: AOK / BKK / LKK / IKK / Ersatzkasse / PKV / Sonstige	Erstimpfung Bei Zutreffen bitte x	Zweitimpfung Zur Zeit nicht abrechenbar!
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						