

Interkollegialer Austausch von saisonalen Grippeimpfstoffen

Hinweise zum Verfahren

Der Musterantrag ist vollständig, leserlich auszufüllen und original zu unterschreiben. Der Antrag ist dann einzuscannen und **per E-Mail an das Funktionspostfach** zu senden. Sollten Sie wider Erwarten keinen E-Mail-Zugang haben, so können Sie Ihren Antrag an die entsprechende Faxnummer senden. **Bitte nur diese Faxnummern verwenden!** Die Angabe Ihrer Betriebsstättennummer ist für die Regierungen entbehrlich.

- pharmazie@reg-ob.bayern.de (für Ihre Niederlassung in den Regierungsbezirken Oberbayern, Niederbayern oder Schwaben)
Fax-Nr. 089/2176 40 2171
- pharmazie@reg-ofr.bayern.de (für Ihre Niederlassung in den Regierungsbezirken Ober-, Mittel- und Unterfranken sowie der Oberpfalz)
Fax-Nr. 0921/604-4949

Die Gestattung wird ausschließlich auf elektronischem Wege erteilt. Deswegen ist Ihre E-Mail-Adresse unabdingbar. Sollten Sie wider Erwarten keine E-Mail-Adresse haben, geben Sie bitte Ihre Fax-Nummer auf dem Antrag an.

Die Gestattungen werden umgehend erteilt. Von Rückfragen bitten wir Abstand zu nehmen.

Hiermit bitten wir um Gestattung, der unten aufgeführten Praxis folgenden Impfstoff abgeben zu dürfen:

Anzahl der Impfstoffdosen	Handelsname/n des Impfstoffes
---------------------------	-------------------------------

Abgebende Praxis

Name der Ärztin/des Arztes

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Telefon	Telefax	E-Mail
---------	---------	--------

Empfängerpraxis

Name der Ärztin/des Arztes

Straße, Hausnummer	Postleitzahl	Ort
--------------------	--------------	-----

Telefon	Telefax	E-Mail
---------	---------	--------

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin/des Arztes