

BURGENLÄNDISCHER ARBEITSKREIS FÜR VORSORGE - UND SOZIALMEDIZIN

Eine Initiative der Burgenländischen Landesregierung, der Ärztekammer Burgenland und der burgenländischen Krankenversicherungsträger



Impfprogramm

Kind

Familien- und Vorname

Geschlecht:

Versicherungsnummer

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

Falls die Versicherungsnummer des Kindes nicht bekannt ist, legen Sie uns bitte eine Fotokopie der Geburtsurkunde bei.

Erziehungsberechtigte(r):

Familien- und Vorname

Versicherungsnummer

Laufende Nr.	Tag	Monat	Jahr

Anschrift: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die obenstehenden Daten unter Wahrung des Datenschutzes von der Burgenländischen Gebietskrankenkasse erfasst und zur Durchführung des kostenlosen Impfschutzprogrammes verwendet werden.

Die Eltern erhalten vor den Impfterminen Erinnerungsschreiben.

Ort, Datum

Unterschrift

c/o Burgenländische Gebietskrankenkasse
zH Mag. Christian Moder
7000 Eisenstadt, Esterhazyplatz 3
DVR 0023973