



10-b



Promotion santé Valais
Gesundheitsförderung Wallis

**Letzter Termin
30.06.2021**

SPESENABRECHNUNG SCHULARZT 10.Harmos - Schuljahr 2020/2021

Name: Vorname: Geburtsdatum :

Genauere Adresse:

.....

Neue AHV Nr.: Tel Nr. :

E-Mail: Fax :

Bezahlung: Bank des Begünstigten

IBAN

Name und Adresse des Begünstigten (wenn abweichend)

.....

1. NACHIMPFUNG: IMPFUNG GEGEN MASERN, MUMPS UND RÖTELN (MMR)

1. Dosis

Datum der Impfung	Region	Anzahl Stunden	Anzahl der geimpften Schüler
.....
.....
.....
.....

2. Dosis

Datum der Impfung	Region	Anzahl Stunden	Anzahl der geimpften Schüler
.....
.....
.....
.....



2. NACHIMPFUNG GEGEN DIPHTHERIE, TETANUS, KEUCHHUSTEN (DTPa) UND DIPHTHERIE, TETANUS (DT)

Datum der Impfung	Region	Anzahl Stunden	Anzahl der geimpften Schüler
.....
.....
.....
.....

3. IMPFUNG GEGEN VARIZELLEN (WINDPOCKEN)

1. Dosis

Datum der Impfung	Region	Anzahl Stunden	Anzahl der geimpften Schüler
.....
.....
.....
.....

2. Dosis

Datum der Impfung	Region	Anzahl Stunden	Anzahl der geimpften Schüler
.....
.....
.....
.....

	Anzahl Stunden	ROR	DTPa /DT	Varizellen
TOTAL				

Einschliesslich Verwaltungsarbeit und Fahrspesen.

Datum:

Unterschrift und Stempel :
des Schularztes

Bitte zurücksenden an
Gesundheitsförderung Wallis
Einheit Schulgesundheit
 Rue de Condémines 14 – 1951 Sitten
 vaccination@psvalais.ch