

Letzte Gelegenheit zur (Vor)bestellung!

Grippeimpfstoff 2024/2025

Januar 2024

Gemäß Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) sind sowohl die Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als auch die Spitzenorganisation der Apotheker seit 2019 dazu verpflichtet, den Bedarf an saisonalen Grippeimpfstoffen auf Grundlage der durch die Vertragsärzte/innen geplanten Bestellungen, bis zum 15. Januar eines Kalenderjahres an das Paul-Ehrlich-Institut zu melden (§ 132e Abs. 2 SGB V). Wir möchten Sie daher auf die Notwendigkeit der frühzeitigen Bestellung Ihrer Grippeimpfstoffe für den kommenden Herbst hinweisen, damit die Hersteller Ihre Bedarfsmengen in die Produktionsplanung aufnehmen können.

Ihre verbindliche Bestellung nehmen wir gern **bis 31.03.2024** für die **Erstauslieferung** auf.

➔ **Bestellfax an 0 800 / 184 53 91**

SSB

Impfstoff	Hersteller	Zulassungsalter	mit Kan.	ohne Kan.	Impfdosen
Influsplit Tetra	GSK	zugelassen ab 6 Monate			
Vaxigrip Tetra	Sanofi	zugelassen ab 6 Monate			
Influvac Tetra	Viartis	zugelassen ab 6 Monate			
Flucelvax Tetra	Seqirus	zugelassen ab 2 Jahre			
Fluad Tetra	Seqirus	zugelassen ab 50 Jahre			

Efluelda*	Sanofi	zugelassen ab 60 Jahre			
------------------	--------	------------------------	--	--	--

* Die STIKO empfiehlt im Alter ≥ 60 Jahren einen quadrivalenten Influenza-Hochdosis-Impfstoff.

Fluenz Tetra¹	AstraZeneca	ab 2 Jahre bis 18. Lebensjahr	nasal		
---------------------------------	-------------	-------------------------------	-------	--	--

¹ Über die Verordnungsvorgaben des **nasalen Grippeimpfstoffes** in der kommenden Saison 2024/25 konnte zum Zeitpunkt der Drucklegung noch keine Aussage getroffen werden.

zusätzlicher Bedarf (z.B.: für Privatpatienten / Satzungsleistung) 1er			
	Impfstoff		Einzelimpfdosen
Einzelimpfdosen	_____	EV*	<input type="text"/>
auf Rechnung an die Praxis	_____	PB**	<input type="text"/> <input type="text"/>
			1er 10er

* Einzelverordnung auf Namen des Patienten ** PB: Kauf auf Rechnung an Praxis

Praxisanschrift (bitte gut lesbar ausfüllen):

Kundennummer:

Ort, Datum:

Stempel +

Unterschrift des Arztes _____
