

# Beauftragung Impfarzt/Impfärztin

## Kostenloses Kinderimpfkonzept



### Allgemeine Information

Durchführung von Öffentlichen Schutzimpfungen des kostenlosen Kinderimpfkonzeptes lt. aktuellem Österreichischem Impfplan (Beauftragung und Einverständniserklärung des Impfarztes/der Impfärztin)

### Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung  
Abteilung Gesundheitswesen  
Landhausplatz 1  
3109 St. Pölten  
Telefon: 02742/9005-13354  
E-Mail: [post.gs1@noel.gv.at](mailto:post.gs1@noel.gv.at)

## Beauftragung

Das Land NÖ, vertreten durch die Abteilung Gesundheitswesen (GS1) beauftragt Sie,

Anrede \*  Frau  Herr

Titel vorgestellt \_\_\_\_\_

Vorname \* \_\_\_\_\_

Familienname \* \_\_\_\_\_

Titel nachgestellt \_\_\_\_\_

als Impfarzt/Impfärztin im Rahmen des von Bund, der Sozialversicherung und den Ländern gemeinsam akkordierten Impfkonzeptes mit der Durchführung öffentlicher Schutzimpfungen.

Die Impfungen erfolgen daher im Auftrag des Landes NÖ, vertreten durch die Abteilung Gesundheitswesen und in deren Namen. Sie haben den Behandlungsvertrag mit dem Impfling bzw. dessen gesetzlicher Vertreter im Namen des Landes NÖ zu schließen.

## Antragstellende Person

Anrede \*  Frau  Herr

Titel vorgestellt \_\_\_\_\_

Vorname \* \_\_\_\_\_

Familienname \* \_\_\_\_\_

Titel nachgestellt \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \* \_\_\_\_\_

NÖ Arztnummer \* \_\_\_\_\_

SV-Nr \* \_\_\_\_\_

## Adresse

Straße \* \_\_\_\_\_  
Hausnummer \* \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stiege \_\_\_\_\_ Tür \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten

Telefon \* \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Fax \_\_\_\_\_

## Ordinationsdaten

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Hausnummer \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Stiege \_\_\_\_\_ Tür \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

## Einverständniserklärung

Ich nehme das Impfkonzept als für mich geltend zur Kenntnis.

Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass ein Nichtbeachten der Rahmenbedingungen zum Ausschluss aus der aktiven Beteiligung an der Impfkaktion zu Folge haben kann. Änderungen gebe ich umgehend bekannt.

- Arzt für Allgemeinmedizin  
 Hausapotheke  
 Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde  
 \_\_\_\_\_

## Bankverbindung

IBAN \* \_\_\_\_\_  
BIC \_\_\_\_\_  
KontoinhaberIn \* \_\_\_\_\_

## Zustimmung

Zur Vereinfachung des Verfahrens bin ich bezüglich Informationen zum Thema Impfen bzw. Abrechnung - mit der elektronischen Kommunikation durch das Amt der NÖ Landesregierung sowie dem Gesundheitsamt der Bezirksverwaltungsbehörde einverstanden.

- Ich stimme der elektronischen Kommunikation per E-Mail zu.

## Allgemeine Hinweise

### Datenschutz

#### Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter [www.noe.gv.at/datenschutz](http://www.noe.gv.at/datenschutz) abrufbar.

### Übermittlung

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das [Online-Formular „Allgemeines Anbringen“](#) hoch.

Bitte laden Sie im Formular eventuell erforderliche Unterlagen hoch!

## Unterschrift

Datum, Unterschrift

---

(entfällt bei digitaler Signatur)