

## Hepatitis-B-Bestellliste für Grundimmunisierung

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt  
Abteilung für Unfallverhütung und  
Berufskrankheitenbekämpfung  
Verrechnungsstelle  
Wienerbergstraße 11  
1100 Wien

Telefon: +43 5 93 93-20771, 20772, 20775  
Fax: +43 5 93 93-20773  
E-Mail: HUB-Verrechnung@auva.at  
**auva.at**

<p><b>Angaben zur Arbeitsstätte</b> Arbeitsstättennummer:</p> <p>Name der Arbeitsstätte:</p> <p>Kontaktperson:</p> <p>Straße, Hausnummer:</p> <p>Postleitzahl, Ort:</p>
<p><b>Angaben zum:zur Empfänger:in</b> Name:</p> <p>Abgabestelle:</p> <p>Straße, Hausnummer:</p> <p>Postleitzahl, Ort:</p>

**Bitte beachten Sie die Richtlinien für den exponierten Personenkreis.  
Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an die AUVA-Verrechnungsgruppe.**

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Datum, Stempel und Unterschrift:  
*Weitere Namen bitte auf die nächste Seite schreiben.*

## Hepatitis-B-Bestellliste für Grundimmunisierung

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Familiename	Vorname	VSNR (10-stellig)
Genauere Tätigkeitsbezeichnung		Teilimpfung 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/>

Datum,

Stempel und Unterschrift: