

Grippesaison 2021/22

G-BA – ab 60 Jahre nur noch Hochdosis-Impfstoff

Der G-BA bestätigt die Empfehlung der STIKO, Personen **ab 60 Jahren** nur noch mit einem quadrivalenten Influenza-Hochdosis-Impfstoff zu impfen. Für diese Personengruppe steht somit **nur ein Impfstoff – Efluelda von Sanofi** zur Wahl.

Bitte bestellen Sie Ihren Impfstoffbedarf entsprechend der neuen Vorgaben von G-BA und KBV bzw. überprüfen Sie Ihre bereits getätigten Vorbestellungen! Bis **15.03.2021** nimmt unser Kooperationspartner für Impfstoffe, die BergApotheke, Ihre Bestellung auf bzw. ändert Ihre bereits platzierte Bestellung.



Bestellfax an **0 800 / 184 53 91**

bis **15.03.2021**

Grippe-Impfstoffe 2021/2022

Sprechstundenbedarf

| Impfstoff | Hersteller | Zulassungsalter | mit Kan. | ohne Kan. | Impfdosen |
|---------------------------------|-------------|-------------------------------|----------|-----------|-----------|
| Influsplit Tetra | GSK | ab 6 Monate | | | |
| Vaxigrip Tetra | Sanofi | ab 6 Monate | | | |
| Flucelvax Tetra | Seqirus | ab 2 Jahre | | | |
| Influvac Tetra | Viatrix | ab 3 Jahre | | | |
| Xanaflu Tetra | Viatrix | ab 3 Jahre | | | |
| Afluria Tetra | Seqirus | ab 18 Jahre | | | |
| Fluenz Tetra¹ | AstraZeneca | ab 2 Jahre bis 18. Lebensjahr | | | |

¹ Über die Verordnungsvorgaben des **nasalen Grippeimpfstoffes** in der kommenden Saison 2021/22 konnte zum Zeitpunkt der Drucklegung noch keine Aussage getroffen werden.

| | | | | | |
|------------------|--------|--------------------|--|--|--|
| Efluelda* | Sanofi | ab 60 Jahre | | | |
|------------------|--------|--------------------|--|--|--|

* Hochdosis-Impfstoff

zusätzlicher Bedarf (z.B.: für Privatpatienten / Satzungsleistung)

| | Impfstoff | Impfdosen |
|----------------------------|-----------|-----------------|
| Einzelimpfdosen | _____ | EV* _____ (1er) |
| auf Rechnung an die Praxis | _____ | PB** _____ |

* Einzelverordnung auf Namen des Patienten

** Privater Praxisbedarf (PB): Kauf auf Rechnung

Praxisanschrift (bitte gut lesbar ausfüllen)

Kundenr., falls bekannt: _____

Ort, Datum: _____

Stempel + Unterschrift des Arztes

Bestellfax **0800 184 53 91**